NOTRE ENGAGEMENT ÉDITORIAL

La qualité du contenu scientifique et pédagogique de La Revue du Praticien-Médecine Générale*, dont l'éditeur est le groupe Global Média Santé, est garantie par le respect des valeurs éditoriales suivantes :*

COMITÉ DE RÉDACTION SCIENTIFIQUE : des experts, membres permanents ou conseillers du comité de rédaction scientifique, proposent des thèmes à traiter (compte tenu des actions prioritaires de santé publique, des recommandations de la HAS et des sociétés savantes et de l'actualisation nécessaire des connaissances médicales), désignent en fonction de leur compétence reconnue (selon leurs titres et travaux) les auteurs à solliciter et assurent la lecture critique de tous les articles reçus (articles de formation continue ou travaux originaux).
Les propos rapportés dans la rubrique Entretien n'engagent que leurs auteurs.

BIBLIOGRAPHIE : chaque article est accompagné de références bibliographiques appelées dans le texte selon les normes de Vancouver.

LIENS D'INTÉRÊTS : tous les articles sont signés et accompagnés des coordonnées complètes des auteurs. Ces derniers sont systématiquement invités à signaler toute relation contractuelle avec une entreprise du médicament ou spécialisée dans les dispositifs médicaux. La déclaration de liens d'intérêts figure obligatoirement en fin d'article [à défaut, une mention précise l'absence de déclaration].

ENGAGEMENT FMC : les articles de formation médicale continue ou les travaux originaux constituent l'essentiel du fonds éditorial de la revue.

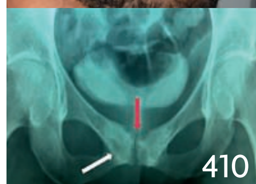
PROMOTION DU MÉDICAMENT ET DU MATÉRIEL MÉDICAL : toute publicité rédactionnelle ou visuelle dans la revue est systématiquement identifiée comme telle par une mention explicite.

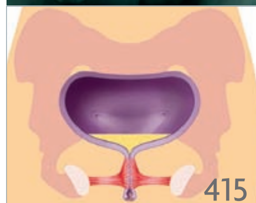
sommaire

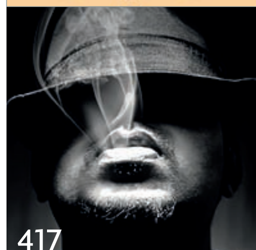
N° 942 - Bimensuel - Mai 2015

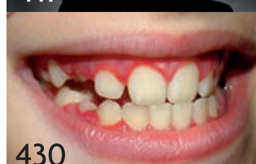














Ce numéro est assemblé avec un encart de librairie « Duo thérapeutique en médecine générale » et « Données pour exercer », et une offre d'abonnement.

Photo de couverture : Flick'r/Daran Kandasamy

Bruno Falissard

Professeur de biostatistique (Paris-Sud), il est également pédopsychiatre et membre de l'Académie nationale de médecine.

Effet placebo : une notion périmée ?

Qu'est-ce qu'un psychotrope efficace ?

La réponse classique est que c'est un médicament dont l'activité intrinsèque a été évaluée dans des essais randomisés en double aveugle versus placebo, sur un critère qui est une échelle symptomatique validée, et dont l'efficacité relative a été testée versus comparateurs. Dans les essais sur les antidépresseurs et les anxiolytiques, le placebo a une efficacité chez 40 à 50 % des malades, ce qui signifie que l'action d'un produit dépend aussi du geste même de la prescription. Il ne suffit pas de donner une molécule active : il faut écouter, expliquer et faire ce qu'on juge le plus utile pour chaque patient. C'est pour cela que l'effet placebo est une impasse conceptuelle, qui euphémise l'impact thérapeutique de la relation médecin-malade et empêche de l'examiner.

L'approche classique d'évaluation des médicaments est une position éthique de lutte contre le charlatanisme, parfaitement justifiée, mais ne résumant pas la question de l'efficacité.

Les psychotropes seraient inutiles ?

Bien sûr que non ! Mais cette position a un inconvénient majeur : tout ce qui semble irrationnel chez le patient, comme chez le médecin, est marginalisé, voire stigmatisé. Je n'ai jamais lu un seul essai où les caractéristiques du prescripteur étaient prises en compte, alors qu'on a des données (sexe, âge, mode d'exercice, etc.) et qu'on sait qu'elles ont une influence sur l'efficacité du médicament. Par exemple, par rapport aux médecins hommes, leurs consœurs prescrivent des posologies d'antalgiques plus fortes chez les femmes. Et tout praticien vous dira qu'il est plus ou moins à l'aise avec tel ou tel type de patient.

Un homme de 32 ans consulte pour des céphalées que vous mettez en relation avec une hypertension. Vous lui prescrivez donc un antihypertenseur, en lui expliquant les effets indésirables du médicament et en lui demandant de revenir dans quinze jours. En fait, c'est un tremblement de terre que vous provoquez en annonçant ainsi à un homme jeune qu'il est malade, qu'il doit prendre un médicament tous les jours. Le regard qu'il porte sur lui-même va changer, fini le fantasme d'invulnérabilité !

Parmi les centaines d'études sur l'efficacité des antidépresseurs, je n'en ai trouvé qu'une qui s'est intéressée à ce que vivent les patients : ce qu'ils ressentent, ce que ça modifie dans leur vie, dans leur relation avec leur conjoint(e), leur famille, etc.

Il y a des scores de dépression et de qualité de vie

Oui, mais ils ne tiennent compte que des symptômes classiques, attendus. C'est pour cela qu'il a fallu dix ans pour s'apercevoir que les antidépresseurs sérotoninergiques avaient des effets sur la sexualité : aucun patient n'osait aborder le problème. On ne mesure que ce qu'on cherche…

Le problème est de vouloir mettre des nombres sur tout. C'est utile parce que ça donne une vision objective, statistique donc réfutable, avec des marges d'erreur connues. Mais sur des données qu'on postule, alors que le patient a peut-être autre chose à nous dire. Ce n'est pas la même chose de déclarer *« je me sens moins déprimé »* que de raconter *« depuis que je prends le médicament, les choses sont à distance de moi, comme s'il y avait une vitre insonorisée entre elles et moi. »*

On peut très bien faire de la science avec des approches qualitatives. J'ajoute que la recherche doit être médicale et non seulement biomédicale, voire purement biologique, comme c'est trop souvent le cas à l'Inserm qui ne recrute quasiment plus de médecins. Or quand on ne voit pas ou plus de patients, on oublie que beaucoup d'entre eux ne sont pas comme dans les livres. C'est vrai dans toutes les disciplines médicales, pas seulement en psychiatrie.

Vous défendez la psychanalyse, sans la pratiquer

Et pourtant, il faut bien avouer que certains psychanalystes ne sont pas très compétents : leur formation est hétérogène et peu validée par l'université. Cela n'empêche pas le corpus théorique de la psychanalyse de garder une grande pertinence. Il est le seul à proposer des outils pour s'occuper de la face cachée des patients. Par exemple, les neurosciences n'expliquent pas pourquoi il arrive qu'un malade fasse tout pour que les choses se passent mal. Pourquoi un jeune diabétique arrête-t-il son insuline ?

Une adolescente de 14 ans est hospitalisée pour comportement violent (chez elle, à l'école, etc.). Son observation pendant quelques jours ne montre pas grand-chose, en dehors de son impulsivité. Je la reçois en consultation avec sa mère et son père. Je leur dis que pour l'équipe hospitalière leur fille va bien. Le père me répond : *« Mais alors, pourquoi elle me frappe ? Elle ne m'aime pas ? »* Je me retourne vers la fille en lui disant : *« Bien sûr que si, elle vous aime. »* Elle fond en larmes et répond : *« Mais oui, j'aime mon papa. »* Il pleure aussi. La psychanalyse dit qu'à l'adolescence il y a une reviviscence du conflit œdipien. Dans ce cas, l'adolescente a renversé ses pulsions œdipiennes dirigées vers son


SERGE CANNASSE

père en agressivité, parce qu'elles sont insupportables. Il est possible que je me trompe totalement dans cette interprétation, qui n'est pas scientifique. Mais ça n'est pas très grave : on a là un outil qui permet d'avancer, de dénouer quelque chose et de faire du bien à cette famille.

L'important, c'est de raconter une histoire qui tienne debout ?

Absolument. Dans un entretien, le thérapeute élabore une histoire avec son patient. Elle est en relation avec la façon dont le patient s'est construit pendant son enfance et son adolescence, pas obligatoirement calquée sur la réalité, mais liée à la façon dont il la voit.

On reproche à la psychanalyse de ne pas être évaluable

Ce qui est faux. Une méta-analyse des essais randomisés ayant évalué son efficacité a été publiée en 2008 dans le *JAMA* et elle est positive. On refuse cette réalité parce que encore au XXIe siècle, la sexualité pose problème, en particulier l'existence de la sexualité infantile. Accepter que la psychanalyse soit évaluable, c'est sous-entendre que l'on pourrait prouver scientifiquement qu'elle dit du vrai, pas seulement sur l'existence de l'inconscient, que même les neuroscientifiques admettent aujourd'hui, mais aussi sur la place capitale de la sexualité infantile.
Curieusement, de nombreux psychanalystes pensent aussi qu'elle n'est pas évaluable. Il y a sûrement plusieurs raisons à cela : la peur d'enfermer le psychisme dans des nombres et du déterminisme ; la méconnaissance des mathématiques et des statistiques ; et peut-être le souhait de garder à la psychanalyse un certain côté « sulfureux » qui passe bien dans les médias.

La psychanalyse n'est plus guère défendue dans le monde

Mais pas du tout ! C'est vrai que, sur un plan académique, la psychiatrie est monopolisée par les neurosciences et l'épidémiologie. Mais, depuis que je suis président de l'Association internationale de pédopsychiatrie, je rencontre de très nombreux collègues et j'ai été surpris de voir un intérêt persistant pour la psychanalyse, en particulier en Europe de l'Est, en Asie, en Amérique du Sud, d'autant plus marqué que leur activité clinique est importante.

Quels conseils donneriez-vous à un généraliste avant de prescrire un psychotrope ?

Prenons un exemple concret : un patient consulte parce qu'il est épuisé, irritable, victime de stress chronique au travail. Il a des problèmes conjugaux et le sentiment que sa vie ne se construit pas comme il en a envie. Il faut d'abord se demander quelles sont ses capacités d'adaptation, sa possibilité de rebondir. Si elle existe, on peut lui proposer une psychothérapie en lui expliquant les différentes techniques qui peuvent l'aider. Même un nombre limité de séances peut avoir un grand effet thérapeutique, avec cependant l'inconvénient de ne pas être remboursées. Si sa capacité à faire face est limitée, alors la prescription médicamenteuse peut être envisagée. Il faut toujours aborder la question des idées de mort, du suicide. Elle est très difficile à formuler, mais il est très important de le faire. En cas de réponse positive, il faut envisager une prise en charge plus intensive, parfois une hospitalisation.

Certains auteurs craignent que les psychotropes deviennent les béquilles mentales de notre société

Oui, bien sûr. Mais c'est une question qui dépasse le seul cadre clinique. Les modifications du fonctionnement de notre société peuvent agir sur le contour des maladies et avoir un impact sur le soin (par exemple, alimentation et augmentation de prévalence du diabète de type 2), y compris en psychiatrie (par exemple, trouble dépressif et accroissement des exigences de rentabilité professionnelle). La prescription de psychotropes peut alors effectivement répondre à une pression sociétale. Mais je ne vois pas un médecin refuser de prescrire parce qu'un trouble serait induit par un dysfonctionnement de la société… ●

Propos recueillis par Serge Cannasse
journaliste et animateur du site
carnetsdesante.fr

Bruno Falissard est régulièrement consultant en méthodologie pour l'industrie pharmaceutique. Il a collaboré avec la plupart des firmes.

LA TRIBUNE

de **Jean-Yves Nau***

Génomique personnelle : Gattaca ou pas ?


Shutterstock

Dans un entretien récent au *Monde*, Jean-Louis Mandel, généticien de renom, confiait avoir fait faire (en 2010) l'analyse de son génotype par « 23andMe » société californienne dont les activités internationales grandissantes sont controversées.[1] « *Je voulais me rendre compte de la qualité et des limites des tests réalisés, des données fournies et des explications qui les accompagnaient,* explique le Pr Mandel (qui précise n'avoir aucun conflit ou lien d'intérêts avec la société). *Je ne comprenais pas la violente opposition de l'immense majorité de mes collègues à leur égard. Pourquoi fallait-il juger a priori abominable cette démarche ? En France, on refuse un débat sur le sujet. Il faudrait s'interroger sans tabou : pour l'individu, le système de santé et la société, ces tests sont-ils scandaleux, dangereux, ou bien sont-ils une liberté ? Les informations fournies sont-elles utiles ?* »

Le Pr Mandel a ainsi découvert qu'il était porteur sain de la mutation la plus fréquente du gène de la mucoviscidose.

« *Étant porteur d'une seule copie mutée, j'avais une "chance" sur deux de transmettre cette mutation à mes enfants ; si mon épouse avait été porteuse d'une copie mutée, nos enfants auraient eu une probabilité de 25 % d'être touchés. Ma période reproductive est terminée, mais ma fille était désireuse d'avoir des enfants. Je lui ai conseillé de se faire tester : elle n'était pas porteuse de la mutation. Si elle l'avait été, sans doute son conjoint aurait-il pu faire ce test. La mucoviscidose reste une maladie très grave, même si de nombreux progrès ont été réalisés.* »

Autres informations fournies par cette analyse génétique : une prédisposition à la dégénérescence maculaire liée à l'âge ; l'absence de variant ApoE4, associé à la maladie d'Alzheimer ; une sensibilité accrue à la warfarine...

Il n'y aurait là qu'une nouvelle explication du succès commercial de la société californienne sans les commentaires, éminemment politiques, du Pr Mandel concernant la mucoviscidose et les modalités actuelles de son dépistage génétique en France. Cette question avait fait l'objet d'un avis du Comité national d'éthique en 2004.[2] Conclusion : le dépistage prénatal généralisé de la mucoviscidose « n'est pas à encourager ».

Onze ans plus tard, Jean-Louis Mandel tient sur le sujet des propos qui valent d'être lus. « *En France, lorsqu'un premier enfant est atteint de mucoviscidose, on juge éthique de faire dépister ses frères, ses sœurs et ses cousins. Et lorsque ceux-ci sont porteurs d'une mutation, on juge éthique que leurs conjoints se fassent dépister. On juge aussi éthique de faire un diagnostic prénatal lors d'une grossesse suivante, donc de prévenir un second cas,* rappelle-t-il. *Mais on ne juge pas éthique de faire un dépistage des "porteurs sains" du gène de cette maladie chez tous les couples qui ont un projet parental – c'est-à-dire de prévenir un premier cas. J'ai du mal à comprendre... Aux États-Unis, le dépistage des mutations du gène de la mucoviscidose est proposé à tous les couples qui ont un projet parental. En Israël, c'est une politique d'État qui a évidemment un coût. Faut-il ou non laisser la liberté aux couples de connaître leurs risques de transmettre des maladies graves à leurs enfants ? Il faudrait faire des études supplémentaires. Mais, par peur du risque – certes réel – de dérive eugénique, on évacue le problème. On n'en parle même pas.* »

De fait, le dernier *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* de l'Institut de veille sanitaire fait l'impasse sur la question, et ce alors même qu'il est entièrement consacré au dépistage pré- et néonatal en France.[3] Crainte de l'eugénisme ? Il existe aussi un risque de perte de chance. Le pouvoir politique est comme paniqué à l'idée de devoir traiter d'un tel sujet. Mais qu'attend le Comité national d'éthique pour, onze ans plus tard, procéder à une nouvelle analyse de cette problématique ?

1. En 2013, la FDA a interdit à « 23andMe » l'interprétation médicale des données de génotypage. En février dernier, elle lui a accordé une AMM pour un test qui permet la détection du port de l'allèle récessif d'un gène responsable du syndrome de Bloom, pathologie rare exposant à un risque élevé de cancer.

2. http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis083.pdf

3. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/15-16/index.html

* Jean-Yves Nau
est journaliste, chroniqueur médical sur Slate.fr
et auteur du blog Journalisme et santé publique
jeanyvesnau.com

Infections à Herpes simplex virus

Retour sur l'article de **Virginie Vitrat-Hincky***, **Jean-Paul Brion****, publié dans le numéro de novembre 2009 de *La Revue du Praticien.*
* Service des maladies infectieuses, centre hospitalier Annecy Genevois. **vvitrat@ch-annecy-genevois.fr**
** Clinique des maladies infectieuses, CHU, 38043 Grenoble Cedex. **jpbrion@chu-grenoble.fr**

HSV-1 et HSV-2

▶ Responsables d'infections cutanéo-muqueuses ; plus rarement, atteintes du système nerveux central ou d'organes.
▶ Transmission interhumaine par contact direct (baisers, relations sexuelles, accouchement, lésions cutanées).

Primo-infection : bruyante

▶ Premier contact infectant muqueux ou cutané.
▶ **Gingivostomatite** (fig. 1) :
– surtout chez le jeune enfant (entre 1 et 4 ans), 5 jours après la contamination ;
– ulcérations buccales sur fond érythémateux siégeant au niveau de : gencives, langue, lèvres, palais, pharynx (dysphagie douloureuse, parfois aphagie) + fièvre élevée (39-40 °C) et poly-adénopathies cervicales ;
– guérison spontanée en 7 à 10 jours.
▶ **Atteintes oculaires :**
– vésicules siégeant sur paupière, conjonctive ou cornée ;
– kérato-conjonctivite (œil rouge, douloureux et baisse de l'acuité visuelle).
▶ **Au niveau génital :**
– considérée comme une IST ;
– touche généralement l'adulte jeune, au début de l'activité sexuelle (surtout si multiples partenaires) ;
– tableau bruyant : signes généraux (fièvre, céphalée, sensation de malaise) et locaux (vésicules et pustules sur base inflammatoire, accompagnées de brûlure, dysurie et démangeaisons) ;
– éruption au niveau muqueux (lèvres, vagin, gland [fig. 2]) ou cutané (face interne des cuisses, fourreau de la verge, etc.), pouvant s'étendre aux structures avoisinantes (urétrite, cervicite, prostatite) ;
– associée à une adénopathie satellite dans le territoire de drainage (inguinale), inflammatoire et douloureuse ;
– si contamination par rapports anaux : anorectite avec douleurs ano-rectales, ténesme et constipation ;
– plus rarement, ulcérations superficielles **sans vésicules,** multiples, groupées en bouquet, douloureuses et reposant sur une base inflammatoire non indurée.
▶ **Pseudo-panaris :**
– essentiellement chez l'enfant ;
– associe œdème, rougeur et douleur lancinante de l'extrémité d'un doigt ;
– à la différence du panaris bactérien : bulle (coalescence de vésicules) douloureuse au pourtour de l'ongle.

Récurrences : atténuées

▶ Après la primo-infection, le virus se propage le long des troncs nerveux, le plus souvent vers les ganglions sensitifs spinaux où il reste latent toute la vie.
▶ Sous l'effet de divers facteurs (soleil, stress, menstruation, fièvre, pneumonie à pneumocoque, etc.) : réactivation et migration vers la peau ou d'autres organes.
▶ Pas de symptômes ou même symptomatologie que la primo-infection, *a minima :*
– au niveau oral : « bouton de fièvre » (bouquet de vésicules à la jonction oro-labiale), souvent précédé de prodromes à type de brûlures et démangeaisons ;
– au niveau génital : éruption et signes généraux atténués.





Un diagnostic clinique

▶ Vésicules groupées en bouquet sur fond inflammatoire, localisées à la jonction cutanéo-muqueuse.
▶ Tests de laboratoire (isolement viral et analyse de l'effet cytopathogène) : utiles en cas de formes atypiques (ulcérations sans vésicule, urétrite ou cervicite) ; PCR très sensible mais coûteuse.
▶ Sérologie : pas d'intérêt.

Formes compliquées

▶ Atteintes viscérales : chez les immunodéprimés.
▶ Localisations particulières, comme la méningo-encéphalite (exceptionnelle).
▶ **Chez la femme enceinte :**
– risque de transmission à l'enfant, au moment de l'accouchement par voie génitale ;
– hépatite herpétique : exceptionnelle, lors d'une primo-infection au 3e trimestre (hépatite aiguë fébrile anictérique, sans signe de prééclampsie, lésions cutanéo-muqueuses inconstantes) ; à prendre en charge en urgence.
▶ **Chez le nouveau-né :**
– rare (environ 20 cas par an en France), mais grave : risque létal et de séquelles neurosensorielles ;
– 3 formes : cutanéo-muqueuse (mortalité nulle), neurologique (15 % de décès) ou systémique (40 à 70 %) ;
– contamination in utero (exceptionnelle, mais très grave), à l'accouchement (passage dans la filière génitale) ou en période postnatale, par la mère ou un autre membre de l'entourage excrétant HSV à partir d'une atteinte orofaciale (récurrence ou excrétion virale asymptomatique).
▶ **En cas de dermatite atopique :**
– syndrome de Kaposi-Juliusberg : lésions d'eczéma devenant pustuleuses et hémorragiques, avec hyperthermie et syndrome toxique ;
– à évoquer devant l'aggravation, la rechute ou la résistance au traitement de l'eczéma atopique.

Prise en charge

Chez l'immunocompétent

▶ **Antiviraux :**
– aciclovir (forme injectable et orale) ou valaciclovir (oral, prodrogue de l'aciclovir) ;
– indiqués en traitement curatif de la primo-infection, curatif et préventif des récurrences ;
– effets secondaires : néphrotoxiques.
▶ **Gingivo-stomatite aiguë :**
– aciclovir (200 mg x 5/j) ou valaciclovir per os, à débuter dans les 72 premières heures. Durée : 5 à 10 jours selon la gravité ;
– hydratation orale régulière ou intraveineuse si alimentation impossible, bains de bouche antalgiques (aspirine et eau bicarbonatée), aliments froids et semi-liquides ;
– anesthésiques locaux (lidocaïne visqueuse) mais risque de fausses routes.
▶ **Récurrences oro-faciales :**
– valaciclovir 2 g x 2/j pendant 1 jour : réduit la durée des symptômes s'il est débuté dans l'heure suivant le début des prodromes ;
– traitements locaux : intérêt non démontré.
▶ Kératite herpétique :
– prise en charge spécialisée ;
– aciclovir pommade en application locale ;
– kératites sévères ou kérato-uvéites : valaciclovir ou aciclovir per os ;
– corticothérapie et anesthésiques locaux : formellement contre-indiqués.
▶ **Herpès génital :**
– en primo-infection, aciclovir 200 mg x 5/j ou valaciclovir 500 mg x 2/j per os pendant 10 j : réduit douleur, délai de guérison et durée de l'excrétion virale mais n'empêche pas la survenue des récurrences ;
– associer un antalgique ;
– dépister les autres IST (VIH, hépatite B et C, syphilis) ;
– si récurrences, traitement possible en fonction de la gêne et du risque de contagion, à débuter dès les prodromes : aciclovir 200 mg x 5/j ou valaciclovir 500 mg x 2/j per os pendant 5 jours.
▶ **Prévention :**
– préservatif (pour herpès génital) ;
– en cas de récurrences fréquentes (plus de 6 par an) : traitement antiviral prophylactique possible (aciclovir 800 mg/j ou valaciclovir 500 mg/j per os, pendant 6 mois à 1 an).

Chez la femme enceinte

▶ Si primo-infection dans le dernier mois de grossesse : antiviraux indiqués dès le début des symptômes et jusqu'à l'accouchement.
▶ Plus tôt dans la grossesse : même traitement que chez la femme non enceinte, mais le prendre à nouveau à partir de la 36e semaine d'aménorrhée et jusqu'à l'accouchement (limite le risque de transmission maternofœtale).
▶ En cas de lésions : césarienne recommandée.

Chez le nouveau-né

▶ Aciclovir intraveineux.
▶ En cas de dermatite atopique, éviter tout contact avec des sujets ayant un herpès même minime (prévention du Kaposi-Juliusberg). ●

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

Candidoses superficielles

Infections cutanées, muqueuses ou des phanères liées à *Candida.*

Par **Benoît Pilmis, Caroline Charlier,** université Sorbonne-Paris-Descartes, Sorbonne-Paris-Cité ; service des maladies infectieuses et tropicales, hôpital Necker-Enfants malades, 75743 Paris Cedex 15. **caroline.charlier@nck.aphp.fr**

Actuellement, on connaît plus de 200 espèces de *Candida*. Il s'agit de levures de morphologie variée, non capsulées, se reproduisant par bourgeonnement.

ÉPIDÉMIOLOGIE ET FACTEURS DE RISQUE

Les candidoses cutanées sont majoritairement dues à *Candida albicans*, agent commensal de la flore digestive. La peau n'est pas sa niche écologique, cette espèce n'y est donc pas retrouvée normalement. Sa présence en quantité est pathologique.

Candida glabrata est apparue comme une espèce émergente, et c'est actuellement le deuxième agent responsable de candidoses superficielles. D'autres espèces comme *C. parapsilosis* ou *C. tropicalis* sont rares.

Les *Candida* sont fréquemment isolés lors d'un prélèvement vaginal, puisque 20 à 30 % des femmes âgées de 15 à 55 ans en sont porteuses (= colonisées) de manière asymptomatique. La grossesse est un facteur de risque important de développement de ces levures, en raison d'une sécrétion accrue d'estrogènes. En effet, ces hormones stimulent localement la production de glycogène, source importante de carbone, qui facilite la croissance et l'adhérence des *Candida* sur l'épithélium vaginal.

Les candidoses buccales sont très fréquentes, et apparaissent le plus souvent aux âges extrêmes de la vie. La bouche de 25 à 50 % des sujets sains adultes est colonisée par *Candida sp.* Chez les nouveau-nés, la prévalence du muguet buccal est de l'ordre de 5 à 7 %, ce qui s'explique par une immaturité du système immunitaire et un développement incomplet de la flore bactérienne digestive. Chez l'adulte, la candidose buccale est bien moins fréquente que chez l'enfant en bas âge. Elle est favorisée par une exposition préalable aux antibiotiques, une asialie (médicamenteuse, induite par certaines pathologies auto-immunes – par exemple le syndrome de Sjögren – ou par une radiothérapie locale comme au cours de néoplasies ORL) et le port de dentier chez les personnes âgées.

En cas de candidose superficielle sévère, aux multiples localisations ou associée à d'autres infections significatives, un bilan recherchant les facteurs de risque est essentiel (encadré). Ces derniers sont de deux types : intrinsèques ou liés à l'hôte et extrinsèques ou iatrogènes entraînant une modification des flores commensales (antibiotiques) ou favorisant la pathogénicité de *Candida* (corticoïdes...).

Principaux facteurs de risque de candidose superficielle

Locaux
- Humidité, macération (transpiration, obésité...)
- Irritation chronique, pH acide (prothèses dentaires)
- Xérostomie, mucite post-radique

Généraux

Terrain
- Immunosuppression : congénitale, acquise (VIH, diabète)
- Grossesse
- Âges extrêmes de la vie

Médicaments
- Antibiotiques généraux
- Estroprogestatifs
- Corticoïdes, immunosuppresseurs

CANDIDOSES CUTANÉES

Elles se caractérisent par un intertrigo, lésion érythémateuse débutant au fond des plis cutanés, qui finit par suinter avec un prurit local. S'étendant de manière symétrique, de part et d'autre du pli, il est délimité par une petite collerette blanche. Il peut faire suite à une candidose digestive ou vaginale. On en distingue deux types.

Au niveau des grands plis, l'intertrigo est localisé dans les régions inguinales, axillaires, abdominales, sous-mammaires, interfessières, notamment chez l'obèse.

Chez le nourrisson, la dermite du siège à *Candida* est courante entre le 2e et le 4e mois de vie. La peau est inflammatoire et douloureuse. Des pustules satellites et la mise en culture confirment le diagnostic.



Fig. 1 – Intertrigo.
Fig. 2 – Onyxis et périonyxis à *C. albicans*.
Fig. 3 – Onychomycose à *T. rubrum*
Fig. 4 – Muguet.
Fig. 5 – Chéilite angulaire candidosique.
Fig. 6 – Langue géographique.
Fig. 7 – Leucoplasie orale chevelue.
Fig. 8 – Leucorrhées.

La dermite fessière des personnes âgées grabataires ou incontinentes est favorisée par une contamination fécale riche en levures.

L'intertrigo des petits plis se caractérise par sa localisation interdigitale (doigts et orteils, fig. 1). Il affecte surtout des sujets sains dont les mains ou les pieds sont continuellement en contact avec l'humidité, après un séjour prolongé dans l'eau, ou soumis à des microtraumatismes d'origine mécanique. Les lésions sont blanches sur une peau semblant gonflée d'eau avec une érosion superficielle.

Diagnostics différentiels : intertrigo à dermatophyte ou bactérien, dermite de contact allergique ou caustique, psoriasis inversé, érythrasma.

Le traitement repose sur un topique antifongique : imidazolés (*p. ex.* Pevaryl, 1 application 2 fois par jour). La forme galénique est choisie en fonction des localisations, du caractère plus ou moins humide des lésions (poudre ou lotion sur des lésions très macérées et suintantes, crème sinon).

Sur des terrains fragilisés et devant une atteinte étendue, un traitement systémique peut se justifier (fluconazole en première intention, par voie orale, 100 mg 1 fois par jour pendant 10 jours). Le fluconazole, inhibiteur du cytochrome P450, interagit avec de nombreuses molécules : sa prescription nécessite une vérification des interactions médicamenteuses (anticoagulants, rifampicine etc...).

La prophylaxie est essentielle : des précautions doivent impérativement être prises afin de minimiser les risques de récidives et éliminer les causes locales favorisantes, notamment la macération.

ONYXIS CANDIDOSIQUE

Il se distingue de l'onyxis dermatophytique par son début : périonyxis ou inflammation de la matrice et du pourtour de l'ongle qui est gonflé, suintant (fig. 2). L'atteinte de l'ongle survient secondairement, de la matrice jusqu'au bord libre. Les mains sont la principale localisation. Diagnostics différentiels : périonyxis bactérien, panaris, herpès digital, psoriasis unguéal et onyxis dermatophytique (fig. 3), qui touche préférentiellement les ongles des pieds et débute par une atteinte isolée du bord libre.

Le prélèvement unguéal, indispensable, objective levures et filaments mycéliens à l'examen direct, et identifie *Candida sp.* en culture (*C. albicans* est impliqué dans l'immense majorité des cas).

Il faut prendre en charge les facteurs favorisants (réduction des traumatismes locaux, de l'exposition aux sucres, à l'humidité, équilibre du diabète).

Le traitement local comporte un meulage mensuel de l'ongle, des bains antiseptiques quotidiens (*p. ex.* polyvidone iodée) et un antifongique topique (vernis, crème, lotion, lait). Le vernis est appliqué sur l'ongle (*p. ex.* ciclopirox, Mycoster ou amorolfine, Loceryl, 1 à 2 fois par semaine sur l'ongle atteint), la crème ou le lait sont appliqués sur la matrice infectée (*p. ex.* Amycor crème 1 application 2 fois par jour). Le traitement est prolongé jusqu'à guérison clinique complète.

Dans les rares situations avec lésion limitée à un ongle et périonyxis modéré, le traitement local seul (antifongique + meulage + antiseptique) peut suffire à guérir l'infection en plusieurs mois. Dans tous les autres cas, il faut lui adjoindre le fluconazole par voie orale, hors AMM, en étant vigilant vis-à-vis des interactions médicamenteuses.

CANDIDOSES BUCCALES

Elles regroupent les glossites (atteinte de la langue), les stomatites (lésions de la cavité buccale) et les chéilites (commissure labiale).

Glossites et stomatites peuvent prendre 2 aspects principaux :
- pseudomembraneux (muguet buccal, fig. 4) : la muqueuse inflammatoire est recouverte d'un enduit blanchâtre ;
- érythémateux : la muqueuse est rouge, œdématiée ; la langue est dépapillée, douloureuse.

À RETENIR

Les infections cutanées à *Candida albicans* se manifestent par des intertrigos des grands et des petits plis.
Au niveau vaginal, ces levures sont retrouvées chez 20 % de la population féminine générale. On ne traite que les infections symptomatiques.
Les candidoses buccales (muguet) surviennent aux âges extrêmes de la vie.
La prise en charge repose sur des antifongiques locaux ou généraux et sur l'éviction des facteurs favorisants.

Les patients décrivent un goût métallique dans la bouche et des douleurs parfois anorexiantes.
La chéilite est un gonflement des lèvres, recouvertes de squames et de croûtes. La chéilite angulaire, ou perlèche candidosique, est un intertrigo souvent bilatéral et squameux des commissures labiales (fig. 5).
Les diagnostics différentiels des glossites à *Candida sp.* sont :
– les langues noires villeuses (dont l'origine n'est pas fongique mais qui sont souvent colonisées par des levures ; le traitement antifongique est alors totalement inutile) ;
– les langues géographiques (idiopathiques, psoriasiques ou syphilitiques) [fig. 6] ;
– les lésions herpétiques ou syphilitiques ;
– la leucoplasie chevelue de la langue (notamment chez les patients infectés par le VIH [fig. 7]).
Diagnostics différentiels des perlèches à *Candida sp.* : carence martiale, syphilis, eczéma, herpès et impétigo.
Un prélèvement mycologique par écouvillon doit être réalisé, objectivant des levures pouvant filamenter à l'examen direct et identifiant *Candida sp.* en culture sur milieu de Sabouraud. L'antifongigramme n'est réalisé qu'en cas de résistance.
Le traitement de première intention repose sur des applications locales d'antifongique. Les bains de bouche, comme ceux à l'amphotéricine B, doivent être pratiqués à distance des repas, prolongés (au moins 2 minutes), et répétés après les boissons. Les comprimés muco-adhésifs de miconazole (Loramyc) peuvent également être employés dans cette indication, en application quotidienne sur la gencive (1 comprimé par jour dans la fosse canine pendant 15 jours).
En cas d'inefficacité du traitement local, le fluconazole est préconisé à la posologie de 100 mg par jour, 1 fois par jour pendant 7 à 14 jours. Un avis spécialisé est nécessaire en cas d'échec de cette deuxième ligne. Un prélèvement mycologique est alors réalisé avec un antifongigramme.
Les antiseptiques locaux et les gargarismes à base de bicarbonate de soude sont inutiles et inefficaces dans la candidose orale.

CANDIDOSE VULVO-VAGINALE

Cette pathologie fréquente affecte 3 femmes sur 4 au cours de leur vie. *C. albicans* est impliqué dans 90 % des cas, suivie par *C. glabrata*, plus volontiers retrouvé chez les patientes âgées, diabétiques ou infectées par le VIH.
Signes d'appel : prurit, douleur, dyspareunie, pertes gynécologiques d'aspect laiteux, caillé, inodore. L'examen montre des sécrétions blanchâtres, recouvrant une muqueuse inflammatoire fig. 8). L'aspect du col est normal.
Le diagnostic est fait sur un prélèvement gynécologique : mise en évidence de levures et filaments mycéliens à l'examen direct, absence de *clue cells* ou de *Trichomonas vaginalis.*
Des *Candida sp.* en culture ne sont pas suffisants pour porter le diagnostic de candidose vulvo-vaginale, cela reflète une colonisation dont la fréquence est estimée autour de 20 % de la population féminine générale.
On ne traite que les infections symptomatiques (et pas la colonisation asymptomatique). Un traitement local est proposé en première intention. Toutes les formes topiques sont équivalentes et rapidement efficaces. Une crème est utilisée en cas d'atteinte vulvaire (*p. ex.* Pevaryl crème, 1 application par jour pendant 1 semaine), associée à un ovule en cas de localisation vaginale (Gyno Pevaryl LP, 1 ovule unique). Les ovules doivent être insérés au coucher et poursuivis pendant les règles, ils peuvent fondre à la chaleur. Alternativement, le traitement systémique repose sur le fluconazole en dose unique (150 mg).
En cas de candidoses vulvo-vaginales récidivantes, on doit rechercher une susceptibilité particulière (diabète, grossesse, infection par le VIH). Ce bilan est le plus souvent négatif. Dans tous les cas, on peut proposer l'administration hebdomadaire de fluconazole (150 mg par semaine) après guérison documentée de l'épisode le plus récent.
Le traitement du partenaire asymptomatique ou la décontamination digestive sont inefficaces et inutiles au cours de ces pathologies. ●

POUR EN SAVOIR PLUS

– Sobel JD. Vulvovaginal candidosis. Lancet 2007;369:1961-71.

– Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'expert. Rapport 2013. Sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS. Paris: La documentation française: 478 p.

– López-Martínez R. Candidosis, a new challenge. Clin Dermatol 2010; 28:178-84

– Le Bozec P, Bounfour T. Intertrigos : des causes multiples. Rev Prat Med Gen 2013;27:847-9.

– Bonnetblanc JM, Fayol J. Onychomycose. Rev Prat Med Gen 2009;23: 153-5.

– Cremer G. Prélèvement mycologique. Rev Prat Med Gen 2014;28:629-30.

– Bohbot JM. Infections génitales basses. Rev Prat Med Gen 2009;23: 263-4.

– Aich A, Matichard EM, Bihan H, Reach G, Izri A, Brun S. Intertrigo mycosique et onycomycose du diabétique Rev Prat 2014;67:381-9

– Jidar K. Infections cutanéo-muqueuses. Rev Prat 2011;64:989-98

– Malard O, Beauvillain de Montreuil C, Tessier MN, Billet J. Muqueuse buccale. Rev Prat Med Gen 2015;29:373-8.

Benoît Pilmis déclare d'avoir aucun lien d'intérêts.
Caroline Charlier déclare avoir été prise en charge lors de congrès par Gilead, BMS et Astellas.

Par **Laure Alhanati*, Sandrine Bellier*, Gilles Defuentes**, Nadia Yassin-Loustalot*, Gabriel de La Bigne*, Jean-Paul Hyrien***

Intense pubalgie

Une femme de 45 ans consulte pour une douleur mécanique de la région pubienne évoluant depuis 6 mois, d'intensité progressivement croissante avec impotence fonctionnelle à la marche.

Antécédents : cholécystectomie 10 jours avant et pose d'un dispositif intra-utérin chez cette 3e geste, 3e pare (césariennes).

L'examen clinique est sans particularité, en dehors d'une douleur intense retrouvée à la pression de la symphyse pubienne. La CRP est à 40 mg/L, pas d'hyperleucocytose.

Un premier scanner abdomino-pelvien est jugé normal. Suspectant une origine gynécologique, le DIU est retiré, mis en culture et des prélèvements vaginaux sont effectués.

Devant l'importance des symptômes, on demande une radiographie du bassin à la recherche d'une éventuelle arthrite microcristalline de la symphyse qui pourrait expliquer à la fois la douleur et l'inflammation au niveau du pubis.

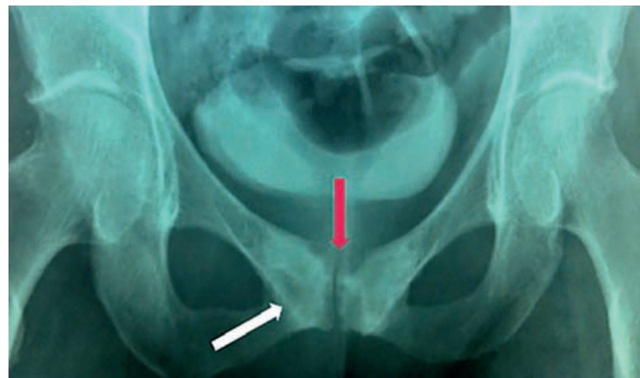
La radiographie (figure) objective des opacités (flèche blanche) avec ostéolyses (flèche rouge) au niveau de la symphyse pubienne. Une relecture attentive du scanner retrouve les lésions. Le diagnostic d'ostéo-arthrite septique est retenu.

Des hémocultures sont prélevées avant de débuter une bi-antibiothérapie intraveineuse par oxacilline et gentamicine, ciblant le staphylocoque et les germes anaérobies, du fait de la durée de la plainte fonctionnelle et des antécédents chirurgicaux récents.

Une hémoculture revient positive à *Staphylococcus aureus* sensible à la méticilline.

L'évolution sous traitement est initialement favorable, mais au 10e jour d'hospitalisation : recrudescence des signes inflammatoires. Un scanner de contrôle montre une cellulite rétropubienne et une collection de 2 cm de diamètre au bord inférieur de la branche ilio-pubienne gauche, évoquant un abcès. Elle est mise à plat chirurgicalement et l'antibiothérapie relayée par ofloxacine et rifampicine durant 10 semaines.
Les suites postopératoires simples permettent un retour au domicile après 3 semaines d'hospitalisation.

* Service des urgences, HIA Percy, 92141 Clamart Cedex.
** École du Val-de-Grâce, 75230 Paris Cedex 05.



DISCUSSION

L'ostéo-arthrite septique de la symphyse pubienne est une affection rare (moins de 1,4 % de l'ensemble des ostéo-arthrites infectieuses périphériques de l'adulte).[1] Elle est le plus souvent secondaire à un foyer locorégional dans les suites d'une chirurgie, notamment urologique. Elle touche volontiers des hommes autour de 60 à 70 ans, souvent opérés de la prostate (8 % de plus de 55 ans).
Signes généraux : fièvre à 38 °C, altération de l'état général.
À l'examen : douleur mécanique de siège pubien ou inguinal irradiant dans les cuisses avec un fond douloureux, d'installation le plus souvent progressive et se majorant à la palpation. Localement, une tuméfaction parfois fistulisée à la peau peut être observée.
L'interrogatoire doit alors rechercher une porte d'entrée : état cutané, intervention chirurgicale (dans les semaines précédentes), infection urogénitale.
Les signes radiologiques sont tardifs (2 à 4 semaines). Le premier est la déminéralisation des berges de la symphyse, suivi d'un élargissement irrégulier de l'espace symphysaire. Scanner ou IRM montrent l'atteinte osseuse et les parties molles, éventuellement un abcès.[2]
Les prélèvements bactériologiques (hémocultures, prélèvements locaux urogénitaux, écouvillonnage de cicatrice, ponction de collection cutanée) sont rarement contributifs.
L'évolution clinique est le plus souvent favorable sous antibiothérapie à spectre large, couvrant le staphylocoque et les bacilles à Gram négatif. Que le germe soit identifié ou non, le traitement doit être maintenu 1 à 2 mois. Dans de rares cas, un geste chirurgical est nécessaire (abcès ou séquestre osseux).
En l'absence de traitement, le risque est celui d'une fistulisation, voire une cellulite pelvienne gravissime pouvant entraîner le décès du patient. ●

RÉFÉRENCES

1. Tazane M, Lazrak R, Chagar B. Ostéoarthrite de la symphyse pubienne : à propos d'un cas. Revue marocaine de chirurgie orthopédique et rhumatologique 1998 (n° 7).
2. El Bouchti I, Younsn R, El Hassani S, Ostéoarthrite pubienne iatrogène : à propos d'une observation. La lettre du Rhumatologue 2007 (n° 331):35-7.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

Promenons-nous dans les bois



Chantal, 68 ans, consulte pour une lésion érythémateuse non prurigineuse apparue au niveau du flanc droit il y a une semaine, ne répondant pas aux antiseptiques et dermocorticoïdes. De forme arrondie avec un bourrelet périphérique, elle a évolué de manière centrifuge, atteignant 20 cm de diamètre.

La patiente a fait un séjour à la campagne 3 semaines auparavant…

Diagnostic

Par **Jordan Birebent, Émilie Guyonnet, Bruno Chicoula, Stéphane Oustric**
Département universitaire de médecine générale de Toulouse, 31062 Toulouse Cedex.
Jordan.birebent@wanadoo.fr

Érythème chronique migrant

Il correspond à la phase primaire de la maladie de Lyme, transmise par les tiques (inoculant *Borrelia burgdorferi, afzelii* ou *garinii*), qui sévissent dans les zones boisées et humides. La période de contamination se superpose à celle de leur activité (printemps ou début de l'automne).

L'érythème migrant peut survenir 3 à 30 jours après la piqûre. C'est une lésion érythémateuse, non prurigineuse, centrée par le point d'inoculation, plus accentuée en périphérie, s'étendant progressivement de façon centrifuge. Des signes généraux (syndrome pseudo-grippal, adénopathie satellite) peuvent l'accompagner.

Le diagnostic est essentiellement clinique ; il faut rechercher la notion de morsure de tique.

Le traitement repose sur une antibiothérapie par amoxicilline (1 g x 3/j) ou doxycycline (100 mg x 2/j) pendant 14-21 jours, qui fait regresser la lésion en une semaine environ, évitant la survenue des phases secondaire et tertiaire de la maladie.

Mesures prophylactiques : port de vêtements longs, utilisation de répulsifs, inspection cutanée systématique au retour d'une promenade en forêt, extraction de la tique (entière) le plus tôt possible. ●

POUR EN SAVOIR PLUS

– Bricaire F. Maladie de Lyme. Rev Prat Med Gen 2015;29:55-7.
– SPILF. Conférence de consensus. Borréliose de Lyme : démarches diagnostiques, thérapeutiques et préventives. Décembre 2006.



FICHE PATIENT

Guide d'entraînement vésical

Par **François Desgrandchamps,** service d'urologie, hôpital Saint-Louis, AP-HP, 75010 Paris.
francois.desgrandchamps@sls.aphp.fr

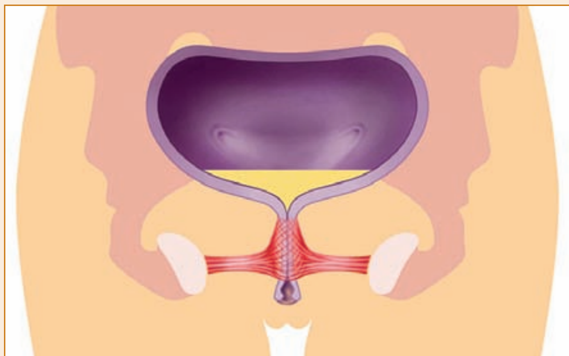
Comprendre l'envie d'uriner

La vessie est un muscle en forme de ballon, qui se remplit progressivement avec l'urine fabriquée par les reins. Mais cela nécessite qu'il se relâche. Pour se vider, il se contracte, le sphincter urinaire s'ouvre, libérant l'urine. Il y a des capteurs dans la paroi de la vessie qui signalent en permanence à votre cerveau son niveau de remplissage.

En principe, lorsque la vessie est pleine, ces capteurs envoient un signal fort, vous ressentez alors un besoin pressant d'uriner.

En retour, le cerveau est capable de bloquer la contraction du muscle vésical pour qu'il puisse se distendre un peu plus, vous permettant d'attendre (toilettes indisponibles, réunion non terminée…).

Normalement, on va uriner 5 à 7 fois par jour et, après 50 ans, 1 fois par nuit (80 % des hommes et des femmes de cette tranche d'âge le font).



FOTOLIA

En cas de dérèglement de ce système, l'envie arrive au cerveau (signal fort envoyé par les capteurs) avant que la vessie ne soit pleine. Vous allez donc uriner souvent, non pas parce que votre vessie est petite, mais parce qu'elle est trop sensible au remplissage. On dit qu'elle est « hyperactive ».

Parfois, le cerveau n'a pas le temps de contrôler le muscle vésical qui, comme par réflexe, se contracte. L'envie est tellement irrépressible que de l'urine peut s'échapper sans que vous ne puissiez la retenir. Ces fuites ne sont pas dues à une faiblesse de votre sphincter urinaire : sa contraction est normale, mais le muscle vésical est plus fort !

Le plus souvent, il n'y a pas de cause connue, on ne sait pas pourquoi votre vessie est devenue hypersensible, ou l'a toujours été depuis que vous êtes enfant : on parle de vessie hyperactive idiopathique.

Ce dérèglement est fréquent. En France, après 40 ans, presque 1 homme sur 3 et près d'1 femme sur 2 sont concernés.

Avec le temps, cette hypersensibilité modifie votre vie : vous urinez alors que vous n'en n'avez pas envie, au « cas où », par exemple systématiquement avant de partir de chez vous, vous repérez immédiatement les toilettes lorsque vous arrivez dans un endroit, vous ne buvez pas par peur d'avoir trop envie, votre vie intime peut également être perturbée, votre désir et votre plaisir diminuent en raison de ces envies pressantes et de la peur des fuites…

Vous y pensez tout le temps, et cela ne fait qu'aggraver les choses : plus vous y pensez, plus vous avez envie, et plus vous avez envie, plus vous y pensez.

Pour que les médicaments prescrits par votre médecin puissent bien agir, il faut que votre comportement change, ce guide va vous aider.

Changez vos habitudes de vie

Réalisez un calendrier mictionnel

Il vous faut un verre mesureur gradué de cuisine de 500 mL. À chaque fois que vous urinez, faites-le dans ce verre et notez l'heure et le volume (liste formée de 2 colonnes), puis videz le contenu dans les toilettes.



Remplissez ce calendrier au cours de 24 heures, de 8 h 00 le matin à 8 h 00 le lendemain matin.

Il faudra aussi indiquer l'heure de votre coucher et celle de votre lever.

Notez aussi les épisodes d'envies pressantes et d'éventuelles fuites d'urine.



L'auteur déclare participer ou avoir participé à des interventions ponctuelles pour GSK et Lilly.

Si vous possédez un téléphone portable ou une tablette, vous pouvez utiliser l'application « Mictionnary » (téléchargement gratuit).

Si vous urinez plus de 2 L par 24 heures, c'est que vous buvez trop : réduisez pour arriver à un total de 2 L au maximum. En effet, l'organisme s'habitue à ces grands volumes de liquides, il retient moins l'eau, augmentant la soif ; c'est un cercle vicieux : plus vous buvez, plus vous avez soif.

Il faut donc diminuer les boissons progressivement. Par exemple, au lieu d'un verre d'eau, contentez-vous d'un demi-verre. L'organisme a besoin d'eau pour fonctionner, mais 5 à 6 verres par jour (soit environ 1,5 litre) suffisent.

Perdez du poids, si vous êtes en excès.

Arrêtez de fumer, seul ou avec votre médecin.

Supprimez/réduisez café, thé, thé vert, alcool :



– caféine et théine sont diurétiques, ils augmentent le volume des urines et les contractions du muscle vésical ;
– les catéchines du thé vert ont le même effet ;
– les sulfites du vin blanc et du champagne, la caféine et les édulcorants contenus dans les sodas augmentent les contractions de la vessie.

Régularisez votre transit intestinal si vous êtes constipé



En modifiant votre alimentation (plus de fibres) et en prenant un grand verre d'eau froide le matin à jeun. Là encore, votre médecin traitant peut vous aider. Constipation et vessie hyperactive sont liées.

Videz bien votre vessie



Souvent les femmes ne s'assoient pas sur les toilettes en dehors de chez elles, craignant d'attraper une cystite : elles urinent en restant accroupies à 5 cm de la lunette, très peu et rapidement, sans tout vider, en laissant en permanence de l'urine dans la vessie. Cette mauvaise vidange entraîne des envies plus fréquentes et favorise les infections.

Il faut respecter ses envies d'uriner, et vider complètement sa vessie. La cystite ne vient pas de l'extérieur mais de germes intestinaux.

Reprenez le contrôle de votre vessie

Imposez-vous un délai entre 2 passages aux toilettes et élargissez-le progressivement

Le calendrier mictionnel vous indique si vous urinez en moyenne toutes les heures ou toutes les 2 ou 3 heures (à partir de 4 heures, c'est un rythme normal).



Vous vous obligerez alors à aller aux toilettes à ce rythme-là, par exemple toutes les heures et demi, et cela même si vous n'en n'avez pas envie, ou si vous n'urinez que quelques gouttes ou rien du tout. Pour vous aider, vous pouvez mettre une alarme régulière sur votre téléphone ou votre réveil. Si une envie survient avant le délai prévu, résistez :

– ne vous précipitez pas aux toilettes, allez-y d'un pas calme, même si l'envie est pressante ;
– tentez de la laisser passer : détournez votre attention, pensez à autre chose : comptez à l'envers à partir de 100, récitez un poème, occupez-vous (faites vos comptes, regardez la télévision, bricolez, tricotez, jardinez, écrivez une lettre...), asseyez-vous et prenez 5 respirations profondes (concentrez-vous sur votre respiration et non sur votre vessie, avalez plusieurs fois votre salive) ;
– essayez des pensées positives : c'est moi qui commande, pas ma vessie ; je contrôle, je suis plus forte qu'elle...

Si ça ne suffit pas, allez uriner pour éviter la fuite, mais retournez-y en respectant l'horaire que vous vous êtes fixé.

Après quelques semaines vous arriverez à respecter l'intervalle prévu. C'est alors qu'il faut progressivement l'élargir, de 15 à 30 minutes par semaine jusqu'à ce que vous puissiez attendre 3 à 4 heures entre deux besoins d'uriner.

Développez la force de vos muscles pelviens



Pour cela, serrez l'anus comme si vous reteniez un gaz. Faites des séries de 5 contractions rapides, laisser passer 10 secondes et recommencez, pendant 5 minutes.

Il faut répéter ces exercices systématiquement le matin et l'après-midi, et dès que vous pouvez (en travaillant, en attendant le bus, en lisant cette fiche...).

Suivez vos progrès en réalisant un calendrier mictionnel tous les mois.



SOMMAIRE

Par **Johanna Claustre**[1], **Christophe Pison**[1, 2]
1. Clinique universitaire de pneumologie, pôle thorax et vaisseaux, CHU, 38043 Grenoble Cedex 9.
2. Université Grenoble Alpes.
cpison@chu-grenoble.fr

BPCO : COMMENT DÉPISTER ?

Cibler tous les fumeurs (ou ex-fumeurs) de plus de 40 ans (>20 PA).

La BPCO est la première affection respiratoire chronique de l'adulte. Bien qu'elle soit largement sous-diagnostiquée, elle est de plus en plus fréquente et responsable d'une lourde morbi-mortalité. Elle est désormais considérée comme une maladie non pas uniquement pneumologique mais systémique, nécessitant une prise en charge globale, coordonnée de manière conjointe par le médecin généraliste et le pneumologue.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Sa prévalence globale en France est estimée à 7,5 % chez les sujets de plus de 45 ans, soit environ 3,5 millions de personnes. Ces chiffres sont probablement sous-estimés du fait de son caractère silencieux aux stades précoces et du faible dépistage des patients à risque. L'incidence semble se stabiliser chez l'homme mais augmente encore chez la femme, reflétant l'évolution des habitudes tabagiques. Le poids médico-économique est estimé à 3,5 milliards d'euros par an en France. Coût direct d'un patient suivi pour BPCO : 4 366 € par an, et plus de 10 000 € pour ceux sous oxygénothérapie de longue durée (OLD). Chaque année, 40 000 nouveaux malades sont inscrits en affection de longue durée (ALD) pour une insuffisance respiratoire chronique secondaire à une BPCO.[1]

Les exacerbations, complications les plus fréquentes, sont responsables d'une altération majeure de la qualité de vie et entraînent des surcoûts importants. Ainsi, le recours aux soins non programmés représente pratiquement 60 % des coûts engendrés par la BPCO. En 2007, on comptait entre 69 000 et 112 000 hospitalisations pour exacerbation, en augmentation constante au cours de la dernière décennie. Elles sont plus fréquentes en hiver, les années de forte épidémie grippale.[1]

Actuellement, la BPCO est la 8e cause de mortalité en France, mais cela devrait s'aggraver. Les projections de l'OMS en font la 5e cause de décès dans les pays industrialisés en 2030. La mortalité est estimée à 8,2 pour 10 000 habitants (14 pour 10 000 hommes et 5 pour 10 000 femmes ; personnes du 3e et 4e âge surtout) avec une prédominance hivernale nette, et un parallélisme marqué avec les épidémies grippales. Elle est particulièrement élevée au décours d'une exacerbation. Après cet événement, le risque de complications cardiovasculaires (AVC ou infarctus du myocarde) reste élevé pendant plusieurs semaines et la mortalité avoisine 15 % pendant 4,4 mois.[2]



FACTEURS DE RISQUE

Tabagisme avant tout. Les fumeurs ont un risque plus élevé mais aussi des formes plus sévères, avec des symptômes respiratoires plus marqués, un déclin accéléré de leur volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) et une mortalité accrue par rapport aux non- ou ex-fumeurs. Les cigarettes sont le mode d'intoxication le mieux étudié, mais pipes, cigares, chichas… ainsi que le cannabis sont également impliqués.
Le tabagisme passif est lui aussi délétère du fait de l'inhalation de gaz et de particules, et ce notamment quand l'imprégnation tabagique a lieu pendant le développement pulmonaire, c'est-à-dire pendant la vie *in utero* ou la petite enfance.
Les facteurs environnementaux, en particulier la pollution intérieure et extérieure, expliquent que de nombreux patients non tabagiques développent une obstruction bronchique. L'inhalation de fumées issues de la cuisson ou de la friture de résidus organiques dans les habitations mal ventilées, ou l'utilisation de biocombustibles (bois, charbon) comme source d'énergie, sont des facteurs de risque très répandus et sous-estimés.[3]
Les expositions professionnelles potentiellement responsables sont mieux connues. Elles induiraient (au moins en partie) 15 à 20 % des BPCO. Les plus à risque : silice, matières organiques (poussières végétales, fibres textiles volatiles, moisissures), poussières minérales (charbon, fer), fumées, gaz et vapeurs.[3] Secteur minier, métiers du bâtiment et des travaux publics, fonderie, sidérurgie et industrie textile sont particulièrement concernés. En milieu agricole, on peut incriminer l'inhalation de particules de fumier, de foin brûlé, de poussières de céréales ou de pesticides.[3]
Lors du diagnostic, l'interrogatoire professionnel doit donc être précis, requérant parfois l'aide du médecin du travail. En cas d'exposition avérée, une prise en charge en maladie professionnelle est possible, selon les tableaux 90, 91 et 94 du régime général (et 10 et 54 du régime agricole).
De nombreux facteurs génétiques ou liés à l'enfance sont prédisposants. Principale anomalie génétique identifiée : le déficit en α1-anti-trypsine. Sa recherche ne doit pas être systématique, mais envisagée devant une BPCO précoce (avant 40-45 ans), avec un emphysème marqué, prédominant au niveau des lobes inférieurs.
Enfin, sont associés au développement d'une BPCO le retard de croissance intra-utérin, un petit poids de naissance, les antécédents d'infections respiratoires basses à répétition, de tuberculose pulmonaire, un asthme chronique, des mauvaises conditions socio-économiques ou la malnutrition.[3]

TABLEAU 1 ÉCHELLE DE DYSPNÉE DU *MEDICAL RESEARCH COUNCIL**

Stades	Définition
0	Dyspnée pour des efforts soutenus (monter 2 étages)
1	Dyspnée lors de la marche rapide ou en pente
2	Dyspnée à la marche sur terrain plat en suivant quelqu'un de son âge
3	Dyspnée obligeant à s'arrêter pour reprendre son souffle après quelques minutes ou une centaine de mètres sur terrain plat
4	Dyspnée au moindre effort

** D'après le parcours de soins HAS. Bronchopneumopathie chronique obstructive. Juin 2014*

DÉPISTAGE : QUELS OUTILS ?

D'après les recommandations nationales et internationales (niveau C), le dépistage doit être proposé à tous les patients de plus de 40 ans ayant une exposition à risque, active ou ancienne, professionnelle ou tabagique, c'est-à-dire plus de 20 paquets-année (PA) chez l'homme et 15 PA chez la femme et/ou des symptômes de bronchite chronique : toux ou dyspnée chronique, expectorations. Ne dépister qu'à partir des symptômes contribue au sous-diagnostic, notamment des formes légères à modérées, volontiers asymptomatiques.
Les pneumotacographes mesurent les débits et, par intégration, les volumes pulmonaires. Ce sont des outils à recommander pour le dépistage plus que les débitmètres de pointe surtout intéressants pour juger de la sévérité d'une crise d'asthme. Le piko-6 obéit à ce principe et renseigne le rapport VEMS/CVF, notamment post-bronchodilatateur, base du diagnostic de la BPCO. Cependant les mini-spiromètres sont mal validés et la confirmation par courbe débit-volume reste recommandée.
La maîtrise de la mesure des volumes mobilisables et des débits respiratoires au cabinet du médecin généraliste à l'aide d'appareils dédiés avec logiciels et éditions de rapports impose quelques heures de formation. Mais la nécessité d'avoir recours au pneumologue pour établir le diagnostic positif, même après le dépistage, ne permet pas de prendre en charge les patients de manière complètement autonome.
Une étude a évalué l'efficacité du dépistage en médecine générale, pour une population ciblée sur les critères de tabagisme actif depuis au moins 15 ans et d'âge supérieur à 45 ans.[4] Deux outils étaient testés conjointement : le piko-6 et un logiciel d'aide au diagnostic. Résultats :
- dans le groupe témoin (sans outil) reflétant les pratiques actuelles en médecine générale, seuls 20 % des patients chez qui des EFR étaient indiquées, étaient effectivement adressés à un pneumologue. Il s'agissait de BPCO avancées et symptomatiques, et non de formes précoces ;
- l'utilisation d'un des deux outils de dépistage paraissait efficace pour sensibiliser médecins généralistes et patients à la BPCO ;
- les valeurs obtenues à l'aide du piko-6 étaient mal corrélées au VEMS mesuré lors des EFR, ce

qui souligne la nécessité d'une formation dédiée à l'apprentissage de la technique ;
- après dépistage, un grand nombre d'EFR n'étaient pas faites (malgré l'indication) en raison du refus des patients. Cela témoigne de la méconnaissance de la BPCO en population générale et rend nécessaire le travail de sensibilisation.

Ainsi, malgré l'absence d'études évaluant spécifiquement l'impact économique et sanitaire de ces outils, il semble que leur utilisation permette d'adresser plus de patients au pneumologue. Pour espérer un bénéfice en termes de santé publique, il faut une information massive de la population et une formation adéquate des généralistes.

DIAGNOSTIC ET ÉVALUATION

Les symptômes de bronchite chronique et l'auscultation pulmonaire n'étant ni sensibles ni spécifiques, le diagnostic positif repose sur la spirométrie, qui mesure de façon objective et reproductible la fonction respiratoire et met en évidence le trouble ventilatoire obstructif (TVO, soit un rapport VEMS/CVF [capacité vitale forcée] post-bronchodilatation < 70 %) non réversible.

La mesure du débit expiratoire de pointe (DEP) n'est pas suffisante pour le dépistage ou le diagnostic car, malgré une bonne sensibilité, sa spécificité reste insuffisante.

Il est important d'apprécier la sévérité de la maladie et de rechercher des comorbidités ou des complications.

Plusieurs outils ont été validés pour évaluer les symptômes. Pour la dyspnée, il est recommandé d'utiliser l'échelle du mMRC (*modified british Medical Research Council*) qui distingue 5 stades de gravité (0 à 4, tableau 1). Le questionnaire CAT (*COPD Assessment Test*), très utilisé, permet de mieux évaluer le retentissement de la BPCO sur le bien-être et la qualité de vie (fig. 1). Un stade mMRC $\geq$ 2 et/ou un score CAT $\geq$ 10 indiquent des symptômes respiratoires très invalidants.

L'obstruction bronchique est reflétée par la valeur du VEMS, mesurée après bronchodilatation afin de limiter la variabilité de la mesure. La *Globale initiative for chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) distingue 4 stades de sévérité :

1 = obstruction légère : VEMS $\geq$ 80 % de la valeur prédite ;
2 = obstruction modérée : VEMS entre 50 et 79 % ;
3 = obstruction sévère : VEMS entre 30 et 49 % ;
4 = obstruction très sévère : VEMS < 30 %.

La sévérité est corrélée au risque d'exacerbations et de mortalité par BPCO.

Les exacerbations ont une gravité et une fréquence très variables selon les sujets, y compris pour un même degré d'obstruction bronchique. Sont à haut risque les patients ayant un VEMS < 50 % (stades 3 et 4 de GOLD), ayant fait 2 épisodes ou plus dans la dernière année ou 1 épisode ayant motivé une hospitalisation. L'identification de ces facteurs péjoratifs est cruciale, car elle guide en partie les choix thérapeutiques.

Rechercher des comorbidités est indispensable, du fait de leur fréquence et de leur impact sur la qualité de vie et le pronostic vital.[5] Le cancer bronchopulmonaire est à redouter car il partage les principaux facteurs de risque. En cas de suspicion, scanner thoracique, voire fibroscopie bronchique s'imposent. Lors du diagnostic de BPCO, un syndrome d'apnées du sommeil doit être systématiquement suspecté (car très souvent associé).

Autres comorbidités : pathologies cardiovasculaires (30 % des patients), diabète de type 2 et syndrome métabolique. Le bilan initial doit donc comporter au minimum un électrocardiogramme, voire une échocardiographie transthoracique, et un avis cardiologique, notamment en cas de signe de cœur pulmonaire chronique ou d'insuffisance cardiaque droite.

La dénutrition est une complication fréquente, elle conditionne largement le pronostic. Le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) est donc indispensable ainsi que l'appréciation de l'évolution

Fig. 1 – Questionnaire CAT.

Quel est l'état de votre BPCO? Répondez au questionnaire CAT (COPD Assessment Test™) pour évaluer votre BPCO

Ce questionnaire vous aidera, ainsi que votre médecin, à mesurer l'impact de la BPCO (BronchoPneumopathie Chronique Obstructive) sur votre bien-être et votre vie au quotidien. Vous pourrez, ainsi que votre médecin, utiliser les réponses et les scores du questionnaire pour mieux prendre en charge votre BPCO et obtenir le meilleur bénéfice de votre traitement.

Pour chaque élément ci-dessous, veuillez indiquer d'une croix (x) la case qui correspond le mieux à votre état actuel. Prenez soin de ne sélectionner qu'une seule réponse par question.

Exemple: Je suis très heureux (heureuse) 0 X 2 3 4 5 Je suis très triste

			POINTS
Je ne tousse jamais	0 1 2 3 4 5	**Je tousse tout le temps**	
Je n'ai pas du tout de glaires (mucus) dans les poumons	0 1 2 3 4 5	**J'ai les poumons entièrement encombrés de glaires (mucus)**	
Je n'ai pas du tout la poitrine oppressée	0 1 2 3 4 5	**J'ai la poitrine très oppressée**	
Quand je monte une côte ou une volée de marches, je ne suis pas essoufflé(e)	0 1 2 3 4 5	**Quand je monte une côte ou une volée de marches, je suis très essoufflé(e)**	
Je ne suis pas limité(e) dans mes activités chez moi	0 1 2 3 4 5	**Je suis très limité(e) dans mes activités chez moi**	
Je ne suis pas inquiét(e) quand je quitte la maison, en dépit de mes problèmes pulmonaires	0 1 2 3 4 5	**Je suis très inquièt(e) quand je quitte la maison, en raison de mes problèmes pulmonaires**	
Je dors bien	0 1 2 3 4 5	**Je dors mal à cause de mes problèmes pulmonaires**	
Je suis plein(e) d'énergie	0 1 2 3 4 5	**Je n'ai pas d'énergie du tout**	
		SCORE TOTAL	

COPD Assessment Test et le logo CAT est une marque commerciale du groupe de sociétés GlaxoSmithKline.
© 2009 groupe de sociétés GlaxoSmithKline. Tous droits réservés.
Last Updated: February 24, 2012

TABLEAU 2 SCORE DE BODE ET RISQUE DE MORTALITÉ

		0	1	2	3
B	IMC (kg/m²)	> 21	⩽ 21		
O	VEMS (% de la théorique)	⩾ 65	50-64	36-49	⩽ 35
D	mMRC (0-4)	0-1	2	3	4
E	Distance parcourue en 6 min (m)	⩾ 350	250-349	150-249	⩽ 149

Score	Mortalité à 4 ans
0-2	15 %
3-4	30 %
5-6	40 %
7-10	80 %

pondérale sur les dernières années. L'anxiété et la dépression sont à détecter, surtout au décours des exacerbations. Enfin, les complications musculo-squelettiques sont principalement l'ostéoporose et les myopathies, notamment cortisoniques. En miroir, un grand nombre de malades BPCO sont en surpoids ou obèses.

Plusieurs facteurs ont été identifiés comme prédictifs du risque de décès : âge ; score de dyspnée (mMRC) ; VEMS ; IMC ; tolérance à l'exercice mesurée par le test de marche de 6 minutes ; désaturation au test de marche ; hypoxémie de repos. Le score de BODE, comprenant IMC, VEMS, score de dyspnée et capacités à l'exercice appréciées par le test de marche reflète la sévérité de la maladie et évalue le risque de mortalité à 4 ans (tableau 2).

TRAITEMENTS DE FOND

Objectifs : soulager les symptômes, diminuer le nombre et la sévérité des exacerbations, améliorer la qualité de vie et les performances à l'exercice. Ils n'ont en revanche pas montré d'efficacité sur le déclin de la fonction pulmonaire.

La stratégie préconisée par la HAS (fig. 2), contrairement aux recommandations internationales,[8] ne prend pas en compte le phénotype exacerbateur fréquent lorsque le TVO est modéré. Le risque est de sous-traiter ce groupe au pronostic plus défavorable. Ces patients ou ceux ayant des symptômes respiratoires doivent donc être repérés pour bénéficier d'une prise en charge plus intense que celle fondée sur l'évaluation isolée de leur obstruction bronchique.

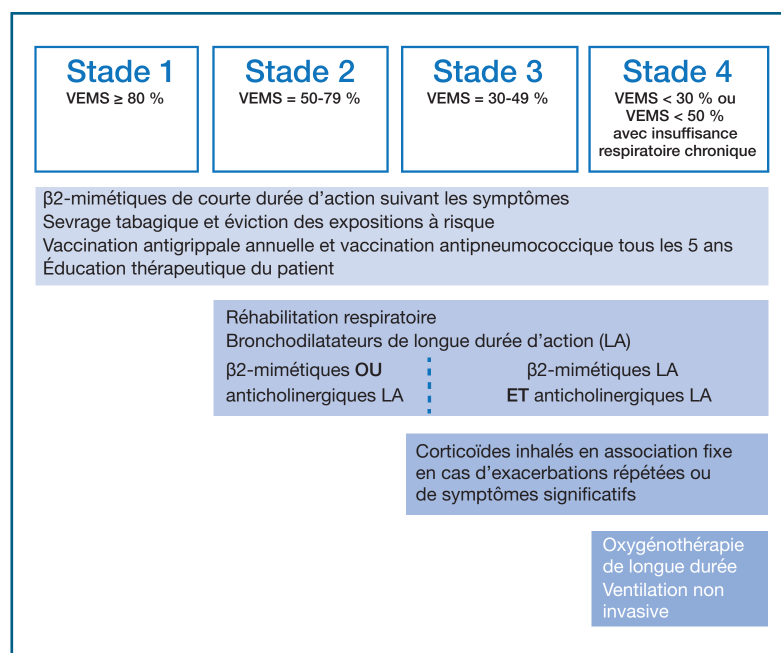


Fig. 2 – Recommandations thérapeutiques suivant le stade GOLD.

Le traitement repose principalement sur les bronchodilatateurs, β2-mimétiques et/ou anticholinergiques en privilégiant la voie inhalée et les formes poudre, selon une escalade décrite sur la figure 2 :

β2-mimétiques à courte durée d'action (CA), à la demande :
- salbultamol 100 µg par dose (Ventoline et génériques), 1 à 2 doses, ne pas dépasser 8 bouffées par jour ;
- terbutaline 500 µg par dose (Bricanyl et génériques), 1 à 2 doses, sans dépasser 8 bouffées par jour.

β2-mimétiques à longue durée d'action (LA) en traitement de fond :
- salmétérol 50 µg par dose (Serevent et génériques), 1 dose 2 fois par jour ;
- formotérol 12 µg par dose (Atimos, Foradil ou Formoair), 1 dose 2 fois par jour ;
- indacatérol 150 à 300 µg par dose (Onbrez Breezhaler), 1 dose par jour.

Anticholinergique CA, à la demande :
- ipratropium 20 µg par dose (Atrovent et génériques), 1 à 2 doses, 2 à 4 fois par jour.

Anticholinergique LA en traitement de fond :
- tiotropium 18 µg par dose (Spiriva), 1 dose par jour ou Spiriva Respimat 2 doses, soit 5 µg en 1 prise par jour ;
- glycopyrronium bromure, 63 µg par dose (Seebri Breezhaler), 1 dose par jour.

Association β2-mimétique LA et corticoïdes inhalés si VEMS < 50% théorique et profil exacerbateur :
- budésonide + formotérol, 400/12 µg par dose (Symbicort Turbuhaler), 1 dose 2 fois par jour ;
- fluticasone + salmétérol, 500/50 µg par dose (Seretide diskus), 1 dose 2 fois par jour ;
- béclométasone + formotérol, 100/6 µg par dose (Formodual, Innovair), 1-2 doses 2 fois par jour

Association β2-mimétique CA et anticholinergique CA :
- fénotérol 50 µg et ipratropium 20 µg par inhalation (Bronchodual), 2 bouffées, 2 à 4 fois par jour

Association β2-mimétique LA et anticholinergique LA :
- indacatérol 85 µg et glycopyrronium 43 µg par dose (Ultibro Breezhaler), 1 dose par jour

Il est nécessaire de vérifier régulièrement si les dispositifs d'inhalation sont utilisés correctement. En cas de difficultés, le recours à une chambre d'inhalation peut être utile, notamment chez les personnes âgées.

MESURES ASSOCIÉES

Le sevrage tabagique est une priorité, car le tabac aggrave le TVO, le risque d'exacerbation et de mortalité. De plus, c'est la seule mesure qui permet de ralentir le déclin de la fonction respiratoire et la progression du TVO. Rappeler sa nécessité, évaluer la dépendance (test de Fagerström) et la consommation tabagique sont impératifs à chaque consultation. Une consommation associée de cannabis doit aussi être recherchée.

Des traitements d'aide au sevrage peuvent être proposés, au premier rang desquels les substituts nicotiniques, car ils ont montré une efficacité sur l'arrêt du tabac à long terme. Seule cette substitution est remboursée par la Sécurité sociale sur la base d'un forfait (50 € par an, 150 € chez la femme enceinte). La réduction du tabagisme sous substituts nicotiniques peut être un objectif intermédiaire avant le sevrage complet.

Autres stratégies :
– un soutien psychologique, voire des thérapies cognitivo-comportementales, pour diminuer le risque de rechute ;
– des conseils diététiques afin d'éviter une prise pondérale secondaire au sevrage ;
– un suivi en centre de tabacologie ;
– un support téléphonique par Tabac Info Service (au 3989) ou Internet : www.tabac-info-service.fr.

Une liste plus complète des ressources est disponible dans le *Guide du parcours de soins* de la HAS. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_bpco_finale.pdf

La réduction des expositions à risque, professionnelles ou domestiques, est souhaitable. Après accord du patient, il est parfois nécessaire de contacter le médecin du travail, afin de mieux préciser les « toxiques » en cause.

La vaccination antigrippale est préconisée annuellement. Celle contre le pneumocoque l'est tous les 5 ans chez les insuffisants respiratoires chroniques, son indication peut être élargie aux patients ayant une BPCO, comme conseillé par les dernières *guidelines* GOLD.[8] La vaccination est d'autant plus efficace chez les patients âgés, ayant une BPCO sévère ou une pathologie cardiaque associée. Mais seulement la moitié des malades sont vaccinés annuellement contre la grippe, et un tiers le sont contre le pneumocoque.[9]

Une activité physique régulière est conseillée à tous les patients.

TRAITER L'INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE

L'oxygénothérapie est du ressort du spécialiste. Celle de longue durée (OLD) est indiquée pour des PaO_2 < 55 mmHg ou < 60 mmHg en cas de signe de cœur pulmonaire chronique, de polyglobulie ou en présence d'une hypoxémie nocturne associée. Sa mise en place doit se faire en concertation avec le médecin traitant. Une observance d'au moins 15 heures par jour est nécessaire. Une fois installée, le suivi pneumologique doit être réalisé tous les 3 mois, puis en l'absence d'aggravation clinique, tous les 6 mois au minimum.

Hors OLD, l'oxygénothérapie nocturne ou celle de déambulation n'ont pas d'indication (cette dernière peut être prescrite si désaturation lors du réentraînement).

La ventilation non invasive (VNI) doit être discutée au cas par cas. Ses indications préférentielles sont l'insuffisance respiratoire aiguë, voire chronique avec hypercapnie > 55 mmHg, ou au décours d'une insuffisance respiratoire aiguë hypercapnique. La surveillance oxymétrique et gazométrique doit être faite régulièrement par le pneumologue.

Les traitements spécifiques telles les thérapies endoscopiques ou chirurgicales de l'emphysème, et le recours à la transplantation pulmonaire sont spécialisés.

En cas d'insuffisance respiratoire terminale, la fin de vie doit être organisée par le médecin

Cas particulier du patient âgé

Avec l'âge, la mécanique respiratoire se modifie progressivement, aboutissant à une diminution progressive du rapport VEMS/CVF.

La BPCO est donc encore plus fréquente chez le sujet âgé, pouvant atteindre, selon les estimations, jusqu'à 15 % des plus de 65 ans.

Les comorbidités, en particulier cardiovasculaires, une dénutrition, des complications musculo-squelettiques qui fragilisent l'autonomie (sarcopénie, ostéoporose, myopathie), et la dépression ont une prévalence qui augmente avec l'âge.[6] Elles sont donc à rechercher soigneusement dans le bilan de la maladie.

Pourquoi identifier les exacerbateurs ?

L'exacerbation de BPCO est une recrudescence des symptômes respiratoires, plus importante que la simple variabilité nycthémérale, et qui nécessite une modification thérapeutique. Deux épisodes par an (au moins) définissent les exacerbateurs fréquents. Ce sous-groupe a une qualité de vie plus altérée en raison de symptômes respiratoires invalidants et du recours fréquent à l'hospitalisation, un déclin accéléré de la fonction respiratoire et un risque de décès accru par rapport aux autres patients.[2, 7]

Ces exacerbateurs fréquents ont plus volontiers (même hors exacerbation) une hypersécrétion bronchique, signant l'inflammation chronique des voies aériennes, qui se traduit par des signes marqués de bronchite chronique. Ainsi, c'est le principal sous-groupe où un traitement par corticoïdes inhalés paraît indiqué, voire dans certains cas, un macrolide à doses anti-inflammatoires (azithromycine 250 mg les lundi, mercredi et vendredi, au repas de midi pendant plusieurs mois).

À retenir

Tout patient de plus 40 ans, fumeur (plus de 20 PA), ayant ou non des signes de bronchite chronique doit bénéficier d'EFR.

Un quart des BPCO est au moins en partie lié à des expositions domestiques ou professionnelles.

Seule thérapeutique efficace sur le déclin de la fonction respiratoire : le sevrage tabagique.

Pas d'indication aux corticoïdes inhalés seuls, le traitement de fond repose sur les β2-mimétiques ou les anticholinergiques de longue durée d'action ; la corticothérapie inhalée concerne des patients avec obstruction sévère à très sévère et exacerbations.

Deux épisodes par an (au minimum) définissent le phénotype exacerbateur fréquent et s'accompagnent d'une qualité de vie altérée, d'un déclin plus rapide du VEMS et d'une mortalité accrue.

La réhabilitation respiratoire est indiquée chez les patients ayant une BPCO modérée à très sévère, et une incapacité ou un handicap respiratoire.

traitant et le pneumologue avec la participation du patient, de sa famille et d'une équipe de soins palliatifs si besoin.

RÉHABILITATION RESPIRATOIRE

C'est un ensemble de soins personnalisés, dispensé par un kinésithérapeute ou dans des centres par une équipe pluridisciplinaire (en externe ou lors de séjours de 3 à 6 semaines). Elle a pour objectif de réduire les symptômes, d'optimiser les conditions physiques et psychosociales, de diminuer les coûts de santé. Cette prise en charge a 2 composantes principales : le réentraînement à l'exercice et l'éducation thérapeutique. Elle est efficace en termes d'amélioration de la qualité de vie, de la tolérance à l'effort et de la dyspnée, ainsi que de la baisse du nombre et de la durée des hospitalisations (remboursement par l'Assurance maladie).

Elle peut être proposée largement : BPCO modérée à très sévère (stades 2 à 4), incapacité respiratoire (dyspnée dans les gestes de la vie quotidienne, intolérance à l'effort) ou handicap d'origine respiratoire (réduction des activités sociales en rapport avec l'état de santé). Elle n'est pas incompatible avec l'insuffisance respiratoire même avancée, en particulier chez les patients oxygéno-requérants ou sous VNI. Elle est d'autant plus facile à mettre en œuvre que le patient est motivé et impliqué.

Principales contre-indications : un état respiratoire instable, notamment une exacerbation en cours et les pathologies cardiovasculaires interdisant le réentraînement à l'effort, ce qui nécessite une épreuve d'effort lors de l'initiation du programme.

Une étude française a montré que le recours à la réhabilitation pour les patients ayant une indication est rare, bien en dessous de ce qui est préconisé.[9]

SURVEILLANCE

Elle a plusieurs objectifs :
- évaluer les symptômes et l'état de santé (score mMRC et questionnaire CAT) ;
- aider au sevrage tabagique ou à son maintien ;
- dépister les complications et comorbidités, surveiller notamment l'évolution pondérale ;
- évaluer la fréquence et le risque d'exacerbations ;
- assurer l'éducation thérapeutique ;
- vérifier la bonne utilisation des inhalateurs ;
- promouvoir l'activité physique à un niveau adapté et évaluer la nécessité d'une réhabilitation.

En l'absence d'exacerbation, le suivi peut être réalisé quasi-exclusivement par le médecin généraliste, pour les BPCO légères à sévères, en dehors des EFR annuelles. Le rythme des consultations doit être au minimum annuel pour les BPCO légères à modérées. Pour les sévères, un suivi trimestriel par le généraliste et au moins annuel, voire semestriel, par le pneumologue est recommandé. Au stade d'insuffisance respiratoire chronique, il est idéalement mensuel et trimestriel respectivement.

Peu d'examens complémentaires sont systématiques, en dehors de la surveillance gazométrique et spirométrique faite par le pneumologue, à un rythme propre à chaque patient. Scanner thoracique, fibroscopie bronchique, oxymétrie nocturne, mesure de la distension thoracique et de la diffusion libre du monoxyde de carbone... dépendent de l'appréciation clinique.

En cas d'hospitalisation pour exacerbations, une consultation avec le médecin généraliste est recommandée dans la semaine qui suit la sortie, et dans 1 à 3 mois avec le pneumologue. ●

J. Claustre déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

C. Pison a reçu des honoraires pour formations et interventions par les laboratoires GSK, AstraZeneca, Novartis et Boehringer Ingelheim.

RÉFÉRENCES

1. Fuhrman C, Delmas MC, pour le groupe épidemiologie et recherche clinique de la SPLF. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease in France. Rev Mal Respir 2010;27:160-8.

2. Roche N, Aguilaniu B, Burgel PR, et al. Prevention of COPD exacerbation: a fundamental challenge. Rev Mal Respir 2012;29:756-74.

3.Salvi SS, Barnes PJ. Chronic obstructive pulmonary disease in non-smokers. Lancet 2009;374:733-43.

4. Guerin JC, Roche N, Vicaut E, et al. Early detection of COPD in primary care: which tools? Rev Mal Respir 2012; 29:889-97.

5. Couillard A, Veale D, Muir JF. Comorbidities in COPD: a new challenge in clinical practice. Rev Pneumol Clin 2011; 67:143-53.

6. Orvoen-Frija E, Benoit M, Catto M, et al. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in the elderly. Rev Mal Respir 2010;27:855-73.

7. Miravitlles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Soriano JB. Treatment of COPD by clinical phenotypes: putting old evidence into clinical practice. Eur Respir J 2013;41:1252-6.

8. Vestbo J, Hurd SS, Agusti AG, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. Am J Respir Crit Care Med 2013;187:347-65.

9. Jebrak G; Initiatives BPCO. COPD routine management in France: are guidelines used in clinical practice? Rev Mal Respir 2010;27:11-8.



Par **Agathe Pesci,**
Chargée de mission villes du Sud de l'ISNAR-IMG
publication@isnar-img.com – www.isnar-img.com

Formation et statut de l'interne

Le 3e cycle des études médicales est équivalent au doctorat dans les autres filières. L'internat commence 6 ans après le bac, après les 3 années d'externat. Les internes, âgés le plus souvent de 24 à 30 ans, sont dispatchés dans les différentes subdivisions de France, qui comportent au moins un CHU, des hôpitaux périphériques et des stages ambulatoires, répartis sur l'ensemble du territoire.

ECN : épreuves cruciales

À la fin de la 6e année, les ECN[1] sont un passage obligatoire pour l'ensemble des étudiants, leur permettant d'accéder au 3e cycle. Elles ont remplacé le concours de l'internat depuis 2004. Leur résultat est déterminant pour les futurs internes : en effet, ces derniers peuvent choisir leur poste selon leur classement national, en sélectionnant une ville et une discipline parmi la liste des postes disponibles fixée chaque année par décret. Il est ensuite impossible de changer de subdivision jusqu'à la fin de l'internat.

Stages : une formation pratique

La maquette du DES[2] de médecine générale en comporte 6, dont 4 obligatoires : urgences, médecine d'adultes, pédiatrie et/ou gynécologie et 1 stage ambulatoire chez un médecin généraliste. Chaque stage dure 6 mois et se déroule de novembre à avril et de mai à octobre. Pour les autres disciplines médicales, 8 semestres de stage sont requis et 10 semestres pour les futurs chirurgiens, avec des différences selon les spécialités.

L'attribution du stage, effectuée dans chaque subdivision par l'ARS,[3] en concertation avec les coordonnateurs de DES, la faculté, les représentants des hôpitaux et ceux des internes, a lieu au cours du mois précédant son début. Les affectations sont faites par discipline, les internes qui ont validé le plus grand nombre de semestres choisissant les premiers.

Les stages ambulatoires, réalisés hors de l'hôpital, sont accessibles essentiellement aux internes de médecine générale. Ils peuvent être réalisés soit en cabinet de ville (chez un médecin généraliste, pédiatre ou gynécologue), soit dans des structures apparentées (PMI[4], médecine scolaire). L'interne est alors encadré par des maîtres de stage universitaires (MSU), qui doivent suivre une formation reconnue par le coordonnateur du DES.

Un salaire variable

Les émoluments des internes sont fixés par le Code de la santé publique :
– en 1re année (bac + 7) : 1 805,5 € (brut par mois) + gardes ;
– en 2e année : 1 952,82 € + gardes ;
– en 3e année : 2 112,37 € + gardes.

Les cotisations sociales prélevées ne correspondent pas à une année pleine. Les gardes de semaine sont payées 119,02 € (brut). Leur nombre variant selon les stages et les émoluments évoluant avec l'ancienneté, le salaire est très variable. Par exemple, un écart de mille euros par mois peut exister entre la rémunération d'un interne de première année en stage ambulatoire et celle d'un étudiant de 3e année en stage hospitalier prenant 6 gardes par mois.

48 heures par semaine

Le stage se déroule sur 8 demi-journées hebdomadaires. En outre, une demi-journée par semaine est réservée à la formation sous la responsabilité du coordonnateur de la spécialité et une autre à la formation personnelle. Le temps de travail hebdomadaire ne doit pas excéder 48 heures. Chaque garde de nuit est suivie par un repos de sécurité compensateur d'au moins 11 heures, libre de toute activité hospitalière, ambulatoire ou universitaire.

Concernant les obligations professionnelles, l'interne doit participer à l'activité de soins du service hospitalier ou de la structure ambulatoire auquel il est rattaché, ainsi qu'à la permanence des soins. En général, il effectue une garde de nuit par semaine et un week-end par mois. Outre la validation du DES (en médecine générale : 200 heures de formation théorique), il doit soutenir une thèse d'exercice (en moyenne 100 à 200 heures de travail). ●

1. Épreuves classantes nationales
2. Diplôme d'études spécialisées
3. Agence régionale de santé
4. Protection maternelle et infantile

Par Ilan Heilikman, Jérôme Pfeffer, François Farjon, Jean Paul Taar*

Infertilité masculine : quel bilan ?

Seule ou associée, elle est à l'origine de plus de 50 % des cas d'infertilité.

On parle d'infertilité (sans raison documentée ou apparente) lorsque, au bout de 1 an de rapports réguliers sans contraception, aucune grossesse ne survient.[1] Certaines situations (femme > 38 ans, homme > 50 ans, troubles du cycle) peuvent justifier un bilan plus précoce (6 mois) ;[1-3] 10-15 % des couples seraient concernés. Les causes sont multiples : féminines (1/3 des cas), masculines (1/3 des cas), mixtes (20 %) et idiopathiques pour le reste.[3] Bilan et prise en charge concernent le couple bien sûr, mais nous rappelons ici le versant masculin.

Première consultation

Temps principal de la consultation, l'interrogatoire (tableau 1) recherche l'ancienneté du désir d'enfant, les habitudes du couple (fréquence des rapports sexuels), un ancien traumatisme testiculaire, une chirurgie pelvienne/testiculaire (cryptorchidie, hernie inguinale), une infection uro-génitale (orchi-épididymite associée à une IST, orchite ourlienne), un contexte familial d'infertilité. Enfin, une évaluation psycho-sexologique peut être parfois nécessaire (dysfonction sexuelle).

On prend en compte d'éventuelles pathologies chroniques (diabète entraînant impuissance et/ou éjaculation rétrograde), affections respiratoires (agénésie des canaux déférents décrite dans la mucoviscidose), neurologiques (neuropathie diabétique).

De nouveaux facteurs commencent à être reconnus comme ayant une influence sur les difficultés à procréer : polluants toxiques agissant dès la vie intra-utérine (action de perturbateurs endocriniens), tabac, cannabis, poids, alimentation, sport intense, stress.[3]

Examen clinique

Avant toute décision thérapeutique (AMP ou médicaments), le clinicien palpe les testicules, mesure leur taille et évalue la symétrie, le volume, la présence bilatérale des canaux déférents, l'absence de kyste/induration, de douleur ou de varicocèle. Un toucher rectal est recommandé. Il faut rechercher des signes d'hypo-andrisme (évaluation des caractères sexuels secondaires).

Bilan biologique

Le spermogramme-spermocytogramme est l'examen de référence, que l'homme ait fait preuve de fécondance ou non. Peu automatisé, il est réalisé dans des laboratoires spécialisés. Les seuils de normalité des paramètres sont définis par la 5e édition du manuel de l'OMS[4] (tableau 2). Les valeurs sont plus basses que celles de 1999, traduisant une altération des paramètres spermatiques. Rappelons qu'il existe des variations physiologiques et que les conditions de recueil peuvent induire des artefacts techniques.

Si l'examen est normal, il n'est pas nécessaire de le répéter.

En l'absence d'anomalie retrouvée (surtout de la concentration et de la mobilité), le test doit être refait après un intervalle d'au moins 3 mois (correspondant à un cycle complet de spermatogenèse). Il est préférable d'interpréter la numération totale des spermatozoïdes plutôt que la concentration dans l'éjaculat. Le patient doit respecter des conditions précises : hygiène rigoureuse le jour de l'examen et délai d'abstinence sexuelle compris entre 2 et 8 jours au maximum. La spermoculture, à la recherche de germes classiques + *Chlamydia trachomatis* par PCR, est demandée en cas d'antécédents d'infections génito-urinaires du couple.

Le recueil au laboratoire (surtout la première fois) peut être difficile : stress, blocage physique ou psychique, convictions religieuses ou culturelles allant à l'encontre de la masturbation... Ainsi, certains examens de 2e intention sont parfois demandés en même temps et réalisés sur le 1er recueil.

TABLEAU 1 — INTERROGATOIRE LORS DE LA CONSULTATION POUR DÉSIR D'ENFANT

Poids	Le surpoids ou le sous-poids influe sur la fertilité
Fertilité antérieure	Le patient a-t-il déjà eu des enfants avec sa partenaire actuelle ou une autre ? Y a-t-il des antécédents de fausses couches, d'avortements ?
Pathologies infectieuses	Oreillons (avec orchite ourlienne), prostatite, IST (chlamydia, gonococcies…), urétrite…
Antécédent de chirurgie abdomino-pelvienne	Hernie inguinale, etc.
Pathologies testiculaires	Cryptorchidie (ectopie testiculaire), testicules ascenseurs, varicocèle, torsion…
Pathologies sexuelles	Troubles de l'érection, de l'éjaculation, hypospadias…
Prise de médicaments	Certains traitements interfèrent sur la production de spermatozoïdes, sur la libido : chimiothérapie (alkylants, antimétabolites) ; agents antihormonaux (Androcur), dérivés de l'acide 5-aminosalicylique, certains diurétiques
Pathologies générales	Diabète, maladie cardiovasculaire, cancer…
Habitudes de vie	Tabac, alcool, toxiques (pesticides…), drogues (cannabis…), café… Activité et rythme professionnel (travail de nuit…), professions en contact avec une source de chaleur… Sports à risque de traumatismes testiculaires : rugby, hockey, équitation, football, vélo, VTT, alpinisme…
Traumatismes	Accident sur la voie publique (moto…), hématome testiculaire post-traumatique (vélo, foot…), traumatisme de la colonne vertébrale…
Antécédents familiaux	Problème de fertilité familial, maladie génétique…

* Laboratoire ZTP, 93170 Bagnolet.
i.heilikman@laboztp.fr

L'ESSENTIEL

- **L'infertilité toucherait 10 à 15 % des couples.**
- **Un bilan est indispensable** dès la première consultation.
- **Le spermogramme est systématique.** En cas d'anomalie du premier test, il faut le répéter à un mois d'intervalle au minimum.

Le test de migration-survie (TMS) évalue le nombre de spermatozoïdes mobiles utilisables après sélection par centrifugation, leur survie à 24 h et la proportion de formes typiques (un des meilleurs tests prédictifs de la fécondance).

Le Mar-test recherche des anticorps anti-spermatozoïdes dans le liquide séminal, signe de traumatisme du testicule (choc, chirurgie, etc.).

Examens complémentaires

Dans le cas d'anomalies mises en évidence à 2 reprises, de type oligo-asthéno-tératozoospermie (= OAT ou baisse de la numération, de la mobilité et de la morphologie) ou azoospermie (= absence totale de spermatozoïdes avant et après centrifugation sur lame), l'examen clinique et radiologique est indispensable ainsi qu'un bilan complémentaire : hormonologique (testostéronémie totale et biodisponible), FSH, LH, inhibine B et échographique (testiculaire et du carrefour uro-génital et prostatique).

Dans le cas des OAT sévères et des azoospermies, on réalise un bilan génétique avec consentement du patient : caryotype, recherche de microdélétions du chromosome Y (AZF a, b et c, facteurs d'infertilité sévère) et de mutations CFTR (mucoviscidose) en cas d'agénésie bilatérale de canaux déférents. Une sérologie *Chlamydia trachomatis* et une biochimie séminale (analyse de marqueurs tels le fructose pour les vésicules séminales, phosphates acides, zinc et citrate pour la prostate, alpha-glucosidase et carnitine pour l'épididyme, etc.) peuvent également être utiles.

TABLEAU 2 PARAMÈTRES DU SPERMOGRAMME-SPERMOCYTOGRAMME

Paramètres	WHO 2010	Pathologie	Conduite à tenir (selon le laboratoire ZTP)
Volume de l'éjaculat	≥ 1,5 mL	**Hypospermie** si < 1,5 **Aspermie** si = 0	Contrôle du prélèvement (recueil incomplet) Rechercher une éjaculation rétrograde
pH	≥ 7,2	< 7,2 (pH acide)	Défaut de fonctionnement des vésicules séminales, *p. ex.* absence des canaux déférents
Numération totale des spermatozoïdes dans éjaculat	≥ 39 millions dans la totalité de l'éjaculat	**Oligozoospermie** si entre 10 et 38 millions **Oligozoospermie** sévère si < 10 millions	Consultation d'andrologie Bilan hormonal (FSH-LH) Bilan échographique Bilan génétique
Absence totale de spermatozoïdes visibles dans l'éjaculat Très rares spermatozoïdes	0 < 100 000	**Azoospermie :** déterminer l'origine sécrétoire (testiculaire) ou excrétoire (canaux déférents, épididyme) **Cryptozoospermie** « spermatozoïdes cachés »	Consultation d'andrologie Bilan hormonal (FSH-LH) Bilan échographique Bilan génétique Biochimie séminale
Vitalité (spermatozoïdes vivants)	≥ 58 %	**Nécrozoospermie** si < 58 %	Bilan infectieux (spermoculture, ECBU)
Mobilité totale (progressive et non progressive)	≥ 40 % (ou mobilité progressive > 32 %)	**Asthénozoospermie** si < 40 % de légère à extrême ou **akinétospermie**	Contrôle du prélèvement (traces de savon ?) Consultation d'andrologie Bilan infectieux (spermoculture, ECBU) TMS Bilan immunologique (si agglutinat) = Mar-test
Leucocytes (polynucléaires neutrophiles)	< 1 million/mL	**Leucospermie** si > 1 million/mL	Bilan infectieux (spermoculture, ECBU)
Morphologie (formes typiques)	≥ 4 %	**Tératozoospermie** si < 4 %	Consultation d'andrologie Bilan apoptose (fragmentation) Typage des anomalies (recherche d'une anomalie monomorphe)

Prise en charge

En cas de contexte infectieux (spermoculture positive…), une antibiothérapie + un traitement anti-inflammatoire sont prescrits à l'homme seul ou parfois au couple (*Chlamydia*, mycoplasmes…).

Devant des kystes épididymaires, une induration, des douleurs, des varicocèles ou des anomalies échographiques, un avis urologique est demandé. L'autoconservation de spermatozoïdes (CECOS, laboratoires de FIV) est possible avant une chirurgie ou une chimiothérapie éventuelle. En cas d'anomalies hormonales, on oriente le patient vers un endocrinologue.

Enfin, toute anomalie spermatique, quelle que soit la cause, motive une consultation en médecine de la reproduction–assistance médicale (centres AMP, gynécologues agréés et biologistes spécialisés). La technique est choisie en fonction de la profondeur de la ou des anomalies du spermogramme-spermocytogramme et surtout du TMS, : insémination intra-utérine, FIV, ICSI (injection intracytoplasmique de spermatozoïde), etc. ●

RÉFÉRENCES

1. WHO manual for the standardised investigation and diagnostic of the infertile couple. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2000.
2. Recommandations pour la pratique clinique. La prise en charge du couple infertile. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010;39:S1-S342.
3. Huyghe E, Izard V, Rigot JM. Évaluation de l'homme infertile : recommandations AFU 2007. Progr Urol 2008;18:95-101.
4. WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen, 5th ed. 2010.

J. Pfeffer, F. Farjon, J.P. Taar déclarent avoir une participation financière dans le capital de l'entreprise Selafa Laboratoire ZTP. I. Heilikman déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

Par **Catherine Mohr, Noël Milpied***

Greffe de cellules souches hématopoïétiques

En France, 4 757 patients adultes ont été greffés en 2013.

C'est l'injection par voie intraveineuse de cellules capables de reconstituer une hématopoïèse normale. La greffe peut être autologue (les cellules souches hématopoïétiques [CSH] proviennent du patient lui-même) ou allogénique (CSH issues d'un donneur sain – familial ou non – ou du sang placentaire).

Procédure

Les CSH sont obtenues à partir :
- de la moelle osseuse, prélevée au niveau des crêtes iliaques postérieures (sous anesthésie générale de 1 h à 1 h 30) ;
- du sang périphérique (cytaphérèse en ambulatoire) ; elles sont mobilisées de la moelle osseuse par le G-CSF (*Granulocyte Colony Stimulating Factor*) ± chimiothérapie (pour les autogreffes) ou par G-CSF seul (pour les allogreffes) ;
- du sang placentaire (ponction du cordon ombilical), après la naissance de l'enfant.

L'injection des CSH suit immédiatement un traitement préparatoire du sujet, dit conditionnement, comportant une chimiothérapie à des doses variables, associée ou non à une irradiation corporelle totale.

Les greffes sont réservées à des patients sans comorbidités sévères, atteints de maladies malignes ou non menaçant le pronostic vital, en l'absence d'alternative thérapeutique aussi efficace à moindre risque.

Un bilan est réalisé au préalable pour valider l'indication (évaluation de la réponse à la chimiothérapie) et écarter les contre-indications infectieuses (radio pulmonaire, sinus, dentaire, bilan sanguin) et liées au terrain (échographie cardiaque, bilan respiratoire).

L'hospitalisation dans un service spécialisé est requise, éventuellement dans une unité protégée (« secteur stérile ») pendant environ 3 semaines.

Complications :
- toxicités aiguës, lors de la phase d'hospitalisation : nausées et vomissements, aplasie profonde avec risque infectieux et besoins transfusionnels itératifs, asthénie, toxicité muqueuse (mucite), alopécie transitoire, plus rarement maladie veino-occlusive du foie ;
- à moyen terme, dans les mois suivants : principalement infectieuses (bactériennes, *Herpes simplex virus,* virus varicelle-zona, *Candida, Aspergillus,* etc.) ;
- à long terme : hypofertilité, troubles endocriniens, toxicité cardiopulmonaire cumulative, néoplasie secondaire.

Autogreffe

Dans les hémopathies malignes, l'effet de la chimiothérapie est dose-dépendant. Le conditionnement (chimiothérapie intensive ± radiothérapie), qui a pour objectif de maximiser la destruction des cellules tumorales, induit une pancytopénie profonde et durable (plusieurs semaines ou mois). Cette dernière est contrebalancée par la transfusion de CSH, qui réduit la durée d'aplasie à moins de 3 semaines (elle a donc un rôle de support hématopoïétique).

Principales indications :[1]
- myélome multiple en première ligne et parfois en rechute (50 %) ;
- certains lymphomes malins non hodgkiniens agressifs en première ligne (lymphome du manteau) ou en rechute (lymphome B diffus à grandes cellules ou folliculaire) [40 %] ;
- lymphome de Hodgkin en rechute (10 %).

En raison de sa toxicité, ne sont éligibles que les patients de moins de 65 ans, sans contre-indication cardiologique, respiratoire ou rénale, et avec un état général conservé.

Les complications à moyen terme sont peu nombreuses, en dehors d'un déficit transitoire de l'immunité humorale et cellulaire (3 à 6 mois post-greffe), nécessitant un traitement anti-infectieux préventif vis-à-vis de pneumocoque, *Herpes virus* et *Pneumocystis,* jusqu'à récupération d'un taux de lymphocytes T (LT) CD4 supérieur à 300/mm^3. La mortalité liée à l'autogreffe est inférieure à 5 %. Le nombre de rechute est important dans le myélome (mais prolonge la durée de rémission) et moindre dans le lymphome.

Allogreffe

Elle repose principalement sur l'effet immunothérapeutique du greffon : les LT du donneur peuvent reconnaître et détruire à la fois certaines cellules saines du receveur (peau, intestin, foie), entraînant un effet toxique appelé GvH (*Graft versus Host*), et les cellules tumorales résiduelles (effet GvD, ou *Graft versus Disease,* bénéfique). Ces 2 mécanismes ne pouvant pas être séparés, sa toxicité est importante. Un immunosuppresseur *per os,* ciclosporine le plus souvent, est administré après la greffe, et arrêté à 6 mois en l'absence de GvH (surveillance de la fonction rénale + hydratation *per os* abondante pendant le traitement).

Les conditionnements historiques, myélo-ablatifs, avec un effet-dose important et donc une forte toxicité, sont réservés aux patients de moins de 50 ans. Depuis les années 1990, des protocoles à intensité

* Service d'hématologie clinique et thérapie cellulaire, CHU de Bordeaux, 33604 Pessac.
noel.milpied@chu-bordeaux.fr

L'ESSENTIEL

- **Autogreffe** (lymphome, maladie de Hodgkin, myélome) : chimiothérapie intensive avec support hématopoïétique par un greffon issu du patient. Peu de toxicité à moyen terme.
- **Allogreffe** (leucémie) : action immunologique du greffon provenant d'un donneur sain (GvD). Toxicité à moyen terme parfois sévère liée à l'effet GvH.
- **Le patient transplanté, immunodéprimé,** doit être étroitement surveillé et pris en charge rapidement en cas de syndrome infectieux (antibiothérapie systématique ± hospitalisation).
- **Vaccination** antigrippale annuelle et revaccination par vaccins inactivés contre DTP, Hæmophilus, coqueluche et pneumocoque dès 6 mois post-greffe sont recommandées.[5]

réduite, jouant surtout sur l'effet GvD, permettent la réalisation de l'allogreffe après 50 ans (et parfois jusqu'à 70 ans).

Principales indications :[1]

- leucémie aiguë de mauvais pronostic : myéloblastiques (35 %) ou lymphoblastiques (15 %) en première rémission complète ou au-delà ;
- syndrome myélodysplasique de haut risque (13 %) ;
- certaines hémopathies lymphoïdes en rechute (20 %) ;
- autres hémopathies myéloïdes (10 %) ;
- aplasies médullaires et autres affections constitutionnelles ou acquises (7 %).

La compatibilité est déterminée en fonction du système HLA (10 allèles). Si on ne trouve pas de donneur dans la fratrie du patient (greffe géno-identique [40 %]), ce dernier est inscrit sur le registre international des donneurs anonymes, afin de recevoir une greffe phéno-identique (45 %). Elle est au mieux compatible 10/10, mais une incompatibilité sur un allèle peut être parfois acceptée. Si aucun donneur n'est suffisamment compatible, on peut recourir aux sources alternatives de CSH (15 %) : unités de sang placentaire, ou donneur familial haplo-identique (semi-compatible), mais ces techniques ont une plus grande toxicité.

La mortalité liée à la procédure (infections, GvH) est d'environ 5 % à J100 et de 15 % à 1 an. En fonction de la pathologie, le taux de rechute varie entre 20 et 60 %, essentiellement dans la première année.

Le suivi est lourd, hebdomadaire, voire bihebdomadaire, pendant les 100 premiers jours où le risque infectieux (réactivation virales CMV, EBV, contaminations fongiques et bactériennes) et de GvH aiguë est important. Cette dernière touche essentiellement la peau (érythème cutané), le tube digestif (syndrome diarrhéique) et le foie (cholestase ictérique).[2]

Le traitement, toujours initié par l'hématologue, dépend de la gravité de la GvH : le grade I (atteinte cutanée exclusive < 50 % de la surface corporelle), justifie une corticothérapie locale (Diprosone, Nerisone) et une surveillance. Pour les grades II à IV (> 50 % de la surface corporelle et/ou signes digestifs et/ou hépatiques), une prise en charge en urgence dans un service spécialisé est nécessaire. Une corticothérapie à forte dose (méthylprednisolone 2 mg/kg/j IV) est préconisée.

En cas d'échec, les traitements de deuxième ligne (sérum antilymphocytaire, anti-TNF, photophorèse extracorporelle, etc.) sont moins consensuels et souvent protocolaires, et la mortalité est importante.[3]

Au-delà de 3 mois et ce jusqu'à au moins 1 an post-greffe, le suivi est au minimum mensuel en hématologie (risque de GvH chronique et infectieux). Le traitement anti-infectieux préventif (valaciclovir, pénicilline, cotrimoxazole) est poursuivi jusqu'à parfois 2 ans après, surtout s'il existe une GvH chronique. Cette dernière peut toucher tous les organes, avec une atteinte buccale (lichen), cutanée (sclérose) et oculaire (syndrome sec), impactant la qualité de vie.[4] Son traitement repose sur une corticothérapie *per os* et un immunosuppresseur (ciclosporine le plus souvent).

Environ 50 % des patients ont une GvH aiguë modérée à sévère et 40 % à 70 % une GvH chronique limitée à étendue. ●

QUELQUES CHIFFRES EN 2013[4]

- 2 911 autogreffes et 1 846 allogreffes en France
- 77 centres d'autogreffe et 37 d'allogreffe en France
- 100 % des greffons autologues sont prélevés par cytaphérèse et congelés dans l'attente de la réinjection
- Greffons allogéniques : 30 % de dons de moelle et 70 % de prélèvements par cytaphérèse. Le greffon est prélevé dans les 24 heures avant la greffe et transfusé à l'état frais
- Donneurs allogéniques : 40 % apparentés et 60 % non apparentés
- 25 % de chance d'être compatible avec son frère ou sa sœur
- 221 460 donneurs volontaires* inscrits sur le registre national (36 % d'hommes et 64 % de femmes) et 22,6 millions sur le registre international
- Environ 60 % de chance de trouver un donneur compatible sur le fichier
- 31 230 unités de sang placentaire cryoconservées dans les banques nationales et 608 000 dans les banques internationales

** Pour devenir donneur, il faut avoir entre 18 et 50 ans (1 prélèvement sanguin suffit à l'inscription)*

RÉFÉRENCES

1. Ljungman P, Bregni M, Brune M, et al.; European Group for Blood and Marrow Transplantation. Allogeneic and autologous transplantation for haematological diseases, solid tumors and immune disorders: current practice in Europe 2009. Bone Marrow Transplant 2010;45:219-34.
2. Glucksberg H, Storb R, Fefer A, et al. Clinical manifestations of graft-versus-host disease in human recipients of marrow from HLA-matched sibling donors. Transplantation 1974;18:295-304.
3. Socié G, Ritz J. Current issues in chronic graft-versus-host disease. Blood 2014;124:374-84.
4. Agence de la biomédecine. Rapport annuel d'activité nationale de greffe de CSH 2013.
5. Rapport du Haut Conseil de la santé publique. Vaccinations des personnes immunodéprimées ou aspléniques : recommandations 2012.

LIENS UTILES

www.agence-biomedecine.fr
www.dondemoelleosseuse.fr
www.hcsp.fr

Noël Milpied déclare avoir été pris en charge lors de congrès par Roche, Celgene, Janssen, Hospira, BMS, Novartis.

Catherine Mohr déclare avoir été prise en charge lors de congrès par MSD France, Mundipharma, Janssen-Cilag et Eusa Pharma.

Par **Lionel Bonamich*, Thierry Brillac*, Gérard Le Roux**, Anne Freyens *, Motoko Delahaye*, Stéphane Oustric*, Pierre Mesthé***

* Département universitaire de médecine générale, UPS médecine Rangueil, 31062 Toulouse Cedex.

** Département universitaire de médecine générale, UFR, 94000 Créteil.

Atrophie vulvo-vaginale

Au moins une femme sur deux à la ménopause.

L'atrophie vulvo-vaginale est une des conséquences de la baisse des estrogènes à la ménopause. Alors que les bouffées de chaleur et les sueurs nocturnes s'améliorent avec le temps (de façon variable selon les femmes), les symptômes d'atrophie sont d'apparition plus tardive, d'aggravation progressive et ont des conséquences négatives sur la qualité de vie et l'activité sexuelle. Toutefois, seules 25 % de celles qui en souffrent demandent une aide médicale.

Ces réticences féminines sont liées, d'une part, au manque de connaissances et/ou à la peur des éventuels effets secondaires du traitement et, d'autre part, au déficit de dialogue avec les soignants (difficultés à en parler surtout à un médecin homme, qui en retour y pense peu et la recherche rarement à l'interrogatoire).[1, 2]

Selon une étude internationale, 45 % des femmes de 55 à 65 ans en sont affectées.[3] De façon plus générale, la prévalence est de 4 % en préménopause et 47 % en postménopause.[4]

Physiologie

À la ménopause, la carence estrogénique entraîne divers remaniements au niveau vaginal et vulvaire :[2, 4] diminution de la flore saprophyte vaginale qui induit une élévation du pH vaginal au-dessus de 6 et donc un risque accru d'inflammation et d'infection, modification de la morphologie de l'épithélium vaginal qui s'amincit avec perte des plis vaginaux et disparition du collagène, baisse de la vascularisation, des sécrétions vaginales. Au niveau vulvaire, on note un déficit du contenu graisseux des lèvres. Ces changements peuvent être réversibles sous estrogènes.

À noter également une atteinte de l'urètre et de la vessie, qui ont la même origine embryologique.

Un diagnostic clinique[1, 2]

Symptômes les plus communs : la sécheresse vaginale (estimée à 75 % des cas) et la dyspareunie (38 %), dont l'intensité dépend en partie de la fréquence des relations sexuelles (les femmes ayant une activité sexuelle régulière auraient moins de symptômes et une atrophie moins marquée). Brûlures vaginales, leucorrhées et douleurs, prurit et *spotting* sont possibles.

Dysurie, incontinence urinaire et/ou infections urinaires récidivantes sont liées aux répercussions de la carence estrogénique sur le tractus urinaire.

À l'examen : modification du relief des lèvres (rétraction progressive avec atrophie des petites lèvres qui peuvent fusionner avec les grandes), perte des poils pubiens et exposition plus importante du clitoris. Avec un spéculum adapté et une bonne lubrification, on voit des parois vaginales lisses, une muqueuse pâle plus ou moins marquée de pétéchies, voire d'ulcérations.

Une atrophie sévère peut engendrer un rétrécissement de l'orifice vaginal et un raccourcissement du vagin, voire une occlusion partielle.

Traitement : des estrogènes locaux

L'apport d'estrogènes acidifie le pH vaginal, épaissit l'épithélium, augmente vascularisation et lubrification.

Le traitement hormonal systémique soulage l'atrophie chez environ 75 % des femmes. Il est disponible sous diverses formes :

- estrogène oral (comprimé), cutané (gel ou patch) associé à un progestatif (uniquement per os) ;
- association fixe estrogène et progestatif sous forme orale ou patch.

En France, il associe de façon préférentielle un estrogène percutané et une progestérone naturelle micronisée. Il est indiqué en cas de syndrome climatérique incommodant.

Cependant, à cause du sur-risque de cancer du sein, il n'est pas recommandé en 1re intention chez les femmes n'ayant que des symptômes vaginaux, bien qu'un THM à la française comme dans la cohorte E3N ne semble pas dangereux.[5]

Le traitement estrogénique local – option de référence – efficace sur les

Un impact sur le couple et la qualité de vie

La dyspareunie peut altérer la qualité de vie sexuelle des femmes ménopausées ou aggraver des difficultés préexistantes.

Dans l'étude américaine REVIVE, plus de la moitié des patientes ayant des signes d'atrophie vulvo-vaginale post-ménopausique en ressentaient un impact négatif sur leur vie sexuelle (à savoir le plaisir pour 63 % d'entre elles, la spontanéité pour 55 %, l'intimité pour 54 % et la relation avec leur partenaire pour 45 %).[1]

En outre, la qualité de vie globale pouvait être altérée avec une atteinte de la qualité du sommeil (29 %), de la joie de vivre (27 %), de la personnalité (26 %), des activités sportives (12 %) ou des activités de tous les jours (11 %).

TABLEAU PRÉPARATIONS ESTROGÉNIQUES LOCALES INDIQUÉES DANS L'ATROPHIE VULVO-VAGINALE POST-MÉNOPAUSIQUE

DCI	Spécialité	Indication	Posologie	SMR
Promestriène	Colpotrophine, capsule vaginale	Troubles trophiques vulvo-vaginaux	1 capsule par jour (voie vaginale) par cures de 20 jours Posologie à adapter à l'amélioration obtenue Des cures d'entretien peuvent être nécessaires	Modéré
Estriol	Physiogine 0,5 mg, ovule	Affections vulvo-vaginales dues au déficit estrogénique de la post-ménopause naturelle ou chirurgicale : atrophie vaginale, prurit vulvaire, dyspareunie, ulcérations	1 ovule par jour jusqu'à régression des symptômes, en moyenne au bout de 3 semaines, suivi d'un traitement d'entretien de 1 ovule 2 jours par semaine	Faible
Lactobacillus casei Estriol Progestérone	Florgynal, gélule vaginale Trophigil, gélule vaginale	Vulvo-vaginites atrophiques par carence estrogénique Soins pré- et postopératoires en chirurgie gynécologique par voie vaginale en période ménopausique	1 gélule par voie vaginale matin et soir pendant 20 jours puis 1 par jour Posologie à adapter à l'amélioration obtenue Des cures d'entretien peuvent être nécessaires	Modéré
Estriol	Gydrelle 0,1 %, crème vaginale	Affections vulvo-vaginales dues à la carence estrogénique post-ménopausique : atrophie vaginale, prurit vulvaire, dyspareunie	Pendant la première semaine, 1 fois par jour : 1 application vaginale de 1 g de crème et 1 application en couche mince sur la vulve. Puis, jusqu'à régression des symptômes (en moyenne au bout de 3 semaines), 1 application tous les 2 jours	Modéré
Estriol	Physiogine 0,1 %, crème vaginale	Affections vulvo-vaginales dues au déficit estrogénique de la post-ménopause naturelle ou chirurgicale : atrophie vaginale, prurit vulvaire, dyspareunie, ulcérations	1 application de crème jusqu'à régression des symptômes, en moyenne au bout de 3 semaines, suivie d'un traitement d'entretien : 1 application 2 jours par semaine	Modéré
Estriol	Trophicrème 0,1 %, crème vaginale	Affections vulvo-vaginales dues à la carence estrogénique post-ménopausique : atrophie vaginale, prurit vulvaire, dyspareunie	Pendant la première semaine 1 fois par jour : 1 application vaginale et 1 application en couche mince sur la vulve. Puis, jusqu'à régression des symptômes (en moyenne au bout de 3 semaines), 1 application tous les 2 jours. Posologie à adapter à l'amélioration obtenue ; des cures d'entretien peuvent être nécessaires	Modéré

symptômes vaginaux, a un faible passage systémique : crème ou ovules à base d'estradiol ou de promestriène (dérivé synthétique d'estradiol).[6-8]

Administrées par voie vaginale chez 4 162 femmes ménopausées, ces préparations se sont montrées supérieures au placebo ou à un gel non hormonal, elles ont la même efficacité quelle que soit la galénique choisie (crème ou ovule).[6] Le soulagement est obtenu en moyenne après 3 semaines de traitement mais les symptômes récidivent (plus ou moins vite) à son arrêt. Posologie et durée idéales ne sont pas définies. La sécurité d'emploi à faible dose est bonne et un progestatif systémique pour protéger l'endomètre n'est pas nécessaire.[2] Les effets indésirables à type de saignements utérins et mastodynies sont rares.

Contre-indications : saignements vaginaux ou utérins non explorés ou faisant suspecter un cancer de l'endomètre.

En cas d'antécédent personnel de cancer hormonodépendant, pas de recommandations françaises pour ce traitement. Une consultation spécialisée, au cas par cas, avec un oncologue est nécessaire pour évaluer la balance bénéfices/risques.[9] Les thérapeutiques non hormonales sont alors à privilégier. Les phyto-estrogènes (isoflavone de soja) ont des effets de type estrogénique.[2] Mais on manque de données sur leur sécurité d'emploi. Les lubrifiants soulagent la sécheresse pendant les rapports sexuels. Les gels hydratants (type Replens) pourraient avoir un effet à plus long terme s'ils sont utilisés régulièrement. ●



Fig. 1 – Vulvo-vaginite atrophique.



Fig. 2 – Vulvo-vaginite atrophique associée à une cystoptose.

RÉFÉRENCES

1. Wysocki S, Kingsberg S, Krychman M. Management of vaginal atrophy: implications from the REVIVE survey. Clin Med Insights Reprod Health 2014;8:23-30.
2. Sturdee DW, Panay N; groupe de rédaction de la société internationale de ménopause. Recommandations pour la prise en charge de l'atrophie vaginale post-ménopausique. Gynäkol Endokrinol 2011;5:20-31.
3. Nappi RE, Kokot-Kierepa M. Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA)- results from an international survey. Climacteric 2012;15: 36-44.
4. Mac Bride MB, Rhodes DJ, Shuster LT. Vulvovaginal atrophy. Mayo Clin Proc 2010;85:87-94.
5. Fournier A, Berrino F, Clavel-Chapelon F. Unequal risks for breast cancer associated with different hormone replacement therapies: results from the E3N cohort study. Breast Cancer Res Treat 2008;107:103-11.
6. Suckling JA, Kennedy R, Lethaby A, Roberts H. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev 2010;11:CD001500.
7. HAS. Synthèses d'avis et fiches bon usage - VAGIFEM. Mai 2011.
8. North American Menopause Society. The role of local vaginal estrogen for treatment of vaginal atrophy in postmenopausal women : 2007 position statement of The North American Menopause Society. Menopause 2007;14(3 Pt 1):355-71.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

Sourire sanglant…



Lola, 7 ans, consulte, accompagnée de sa mère, pour une sensibilité accrue des gencives, qui sont devenues depuis quelques semaines gonflées et très érythémateuses.
Elle se plaint d'une asthénie, que sa maman attribue au déménagement familial récent : nouvelle chambre, changement de literie et trajet plus important pour aller à l'école. Épuisée, elle ronfle toutes les nuits.

Diagnostic

Par **Pierre Frances,** médecin généraliste, 66650 Banyuls-sur-Mer. Frances.pierre@wanadoo.fr
Caroline Passeron, interne en médecine générale, 34000 Montpellier.
Amanda Sadek, interne en médecine générale, programme Hippokrates, Leeds, Royaume-Uni.
Axel Audibert, externe, 34000 Montpellier.

Gingivite liée à la respiration buccale

Fréquente chez les sujets jeunes, cette forme de gingivite est due soit à une respiration buccale (comme chez cette enfant), soit à une fermeture incomplète des lèvres.

À l'examen, les gencives sont rouges, œdémateuses et luisantes, recouvrant parfois la couronne dentaire.

Diagnostics différentiels : hypertrophie iatrogène, forme hyperplasique due à une mauvaise hygiène dentaire notamment.

La respiration buccale peut entraîner une anomalie du développement des mâchoires, elle est associée à des apnées du sommeil.

À l'interrogatoire, nous découvrons que Lola dort sur un nouvel oreiller (synthétique, auparavant il était en plume). Certaines études ont démontré que le taux d'allergènes est plus important dans les fibres synthétiques. En effet, les tests réalisés chez cette patiente se sont révélés positifs pour les allergènes contenus dans la poussière (bactéries, acariens, moisissures). Le changement de coussin a permis de faire disparaître toutes les manifestations cliniques. ●

POUR EN SAVOIR PLUS

– Laskaris G. Atlas de poche des maladies buccales. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 2007.
– Bossé I. Plumes ou synthétique : la guerre des oreillers continue. http://www.allergique.org.article577.html

… ou dentier mal toléré ?



Rose, 77 ans, vient pour un nodule apparu il y a un mois au niveau de la gencive, ne répondant pas aux antiseptiques locaux et antibiotiques (spiramycine et métronidazole) prescrits par son dentiste. Elle est persuadée que son dentier en est responsable.
L'examen montre une masse ferme ulcérée, avec des limites mal définies.
Une biopsie est réalisée.

Diagnostic

Par **Pierre Frances,** médecin généraliste, 66650 Banyuls-sur-Mer.
Caroline Passeron, interne en médecine générale, 34000 Montpellier.
Charles Bleakley, interne en médecine générale, programme Hippokrate, Bath, Royaume-Uni.
Thibaut Cavaillez, externe, 34000 Montpellier.

Léiomyosarcome

C'est une tumeur maligne rare de la cavité buccale qui se développe aux dépens des muscles lisses ou des cellules mésenchymateuses non différenciées. Elle survient au niveau du tube digestif, de l'utérus et de la peau. Les lésions buccales siègent sur la langue, le plancher buccal, le palais, la gencive, la joue, les lèvres.

Exceptionnel chez l'enfant, le léiomyosarcome touche en général les patients de plus de 50 ans. Il se manifeste sous forme d'une masse de quelques centimètres de diamètre, plus ou moins mobile, et parfois douloureuse, à croissance rapide, pouvant avoir tendance à s'ulcérer (comme chez cette patiente).

L'analyse anatomopathologique permet de faire les diagnostics différentiels : botryomycome, léiomyome, fibrome ossifiant, sarcome de Kaposi, tumeurs des glandes salivaires, carcinome à cellules fusiformes.

Le traitement repose sur l'exérèse chirurgicale, souvent associée à une radiothérapie et une chimiothérapie.

Le pronostic est sombre, car les récidives sont fréquentes et l'évolution métastatique possible. ●

POUR EN SAVOIR PLUS

– Kuffer R, Lombardi T, Husson-Bui C, Courrier B, Samson J. La muqueuse buccale. De la clinique au traitement. MED'COM 2009.

– Laskaris G. Atlas de poche des maladies buccales Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 2007.

Revue des blogs



Il y a quatre ans déjà…

Borée s'était engagé dans une opération vérité sur ses revenus. Et il n'avait pas lésiné sur les détails, son billet (Money, money, le 5 juin 2011) prenant par moment des allures de compte-rendu d'expert-comptable.



Chose étonnante : les comptes 2010 de Borée ne se démarquent guère de ceux plus récents (2014) des 3 médecins. Ses revenus cumulés sont proches de ceux des 2 praticiens « temps plein ». On retrouve le même éventail de revenus annexes (hors consultation). Ses charges sont intermédiaires entre celles de Farfadoc (et son exigence de confort) et celles de Docteur Millie (et son environnement neuf-trois). Finalement, le revenu mensuel de Borée est voisin de celui du médecin généraliste qui s'en sort le mieux : Docteur Millie.

Borée conclut sa déclaration de revenus avec un discours sans surprise : « *Je gagne donc très confortablement ma vie par rapport à des tas de gens, sachant que ce revenu confortable se fait surtout au prix d'un volume horaire très important et grâce au nombre important de gardes dans mon secteur.* »

Adresses

Money, money

- **Le blog de Borée**
  http://boree.eu/?p=1487

Les dessous des sous

- **Farfadoc**
  http://bit.ly/1HajRS3
- **Docteur Gécé**
  http://bit.ly/1zTBbee
- **Journal de bord d'une jeune médecin généraliste de Seine-Saint-Denis**
  http://bit.ly/1JCwSny

Parler de sous sans tabou

Trois billets ont été rédigés le même jour (9 mai 2015) par 3 médecins généralistes sur un thème plutôt inhabituel : la déclaration de revenus. Une opération vérité à l'intention des étudiants en attente d'informations sur « ce que gagne un médecin généraliste en libéral ».

Un métier bien rémunéré ?

Farfadoc, Docteur Milie et Docteur Gécé se sont donc concertées pour parler gros sous dans un billet publié dans leurs blogs respectifs sous le titre « Les dessous des sous ».

Trois profils différents : l'une est installée, une autre a le statut de collaboratrice et la dernière est remplaçante. Mais toutes trois ont brisé le tabou de l'argent et ont aligné les chiffres de leurs recettes, de leurs dépenses et de leur bénéfice. Objectif : informer les étudiants et les jeunes médecins et répondre à leurs questions comme celle posée à Docteur Milie : « *je finis mon internat, j'ai envie de faire de la médecine générale mais on me propose un poste salarié en gériatrie, dois-je accepter ? C'est plus prudent financièrement…* ».

Satisfaisants mais pas délirants

Les 3 billets n'abordent pas la rémunération des médecins (et notamment le prix des consultations), mais uniquement les revenus que confère l'exercice de la médecine générale en libéral. Ainsi, il ne s'agit pas de revendication tarifaire, mais d'un état des lieux des recettes et des dépenses correspondant à 3 types d'exercice légèrement différents.

D'ailleurs, le constat est le même pour les 3 praticiens : « *mes revenus sont très confortables* » (Docteur Gécé) ; « *je gagne très bien ma vie et j'ai beaucoup de chance* » (Docteur Millie) ; « *c'est très confortable comme revenus… ça ne semble pas non plus délirant* » (Farfadoc). Pour une fois et à juste titre, les médecins ne comparent pas leurs tarifs à ceux des plombiers ou des dépanneurs de télévision.

Autre constat commun, bien exprimé par Docteur Millie : « *ce qu'il faut comprendre, c'est qu'il y a autant de revenus que de médecins ; le revenu dépend à la fois du temps et du rythme de travail et des charges du cabinet* ».

Mêmes entrées, sorties plus ou moins salées

Docteur Gécé (la remplaçante) travaille à mi-temps (c'est elle qui le dit). Les deux autres ont sensiblement le même temps de travail (entre 35 et 40 heures/semaine) et sensiblement les mêmes recettes (autour de 120 000 euros/an, activités annexes comprises). Docteur Gécé peut sembler à la traîne avec ses 42 000 €, mais c'est oublier qu'elle ne travaille que deux jours par semaine, que ses revenus sont des honoraires rétrocédés et qu'elle a peu d'activités annexes.

Côté dépenses, c'est le grand écart. La remplaçante a très peu de charges (en dehors de l'Urssaf) car elle ne règle pas celles du cabinet du médecin remplacé et elle n'est pas assujettie à la Carmf. Elle a d'ailleurs bien conscience que, pour elle, 2014 est une année « lune de miel ».

Avec ses 50 000 € de charges, Docteur Millie s'estime privilégiée en raison des frais peu élevés du cabinet liés à son statut de collaboratrice. En revanche, Farfadoc qui a souhaité travailler dans le confort (locaux, secrétariat) et qui a des charges personnelles incompressibles (Urssaf et Carmf) n'est pas épargnée : plus de 75 000 €.

Au total, c'est Docteur Millie qui s'en tire le mieux avec un revenu mensuel de 5 000 € quand Farfadoc affiche 3 500 € et Docteur Gécé un peu plus de 3 000. ●

Philippe Eveillard